

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 19 juillet 1906, à 1 heure

Par **P.-André VALLET**

Interne des Asiles de la Seine
Ancien externe des Hôpitaux de Paris
Médaille de bronze de l'Assistance Publique

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

RÉMISSIONS DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE

Président : M. JOFFROY, professeur.

*Juges : { MM. DEBOVE, professeur.
ACHARD et DUPRÉ, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

LIBRAIRIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

20 Rue Monsieur le-Prince, 20

1906

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie.	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD,
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	BRISAUD.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL
Pharmacologie et matière médicale.	SEGOND
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	GILBERT
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	DEJERINE.
Clinique médicale.	ROGER.
Maladies des enfants	HAYEM.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	DIEULAFOY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	DEBOVE.
Clinique des maladies du système nerveux.	LANDOUZY.
Clinique chirurgicale.	GRANCHER.
Clinique ophtalmologique.	JOFFROY.
Cliniqu des maladies des voies urinaires.	GAUCHER.
Clinique d'accouchements	RAYMOND.
Clinique gynécologique	LE DENTU.
Clinique chirurgicale infantile	TERRIER.
Clinique thérapeutique	BERGER.
	RECLUS.
	De LAPERSONNE
	GUYON.
	BUDIN.
	PINARD.
	POZZI.
	KIRMISSON.
	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DUPRE	LEGUEU	RICHAUD
BALTHAZARD	DUVAL	LEPAGE	RIEFFEL (chef
BRANCA	FAURE	MACAIGNE	des trav. anat.)
BEZANÇON	GOSSET	MAILLARD	TEISSIER
BRINDEAU	GOUGET	MARION	THIROLOIX
BROCA (ANDRÉ)	GUIART	MAUCLAIRE	VAQUEZ
CARNOT	JEANSELME	MERY	WALLIGH
CLAUDE	LABBE	MORESTIN	
CUNEO	LANGLOIS	POTOCKI	
DEMELIN	LAUNOIS	PROUST	
DESGREZ	LEGRY	RENON	

Le Secrétaire de la Faculté : M. DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

LE D^r ALPH. VALLET

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON BEAU-FRÈRE

LE D^r J. BONNEAU

Chevalier de la Légion d'honneur

ET A MA SŒUR

AUX MIENS ET A MES AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

ET DANS LES ASILES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR JOFFROY

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
MÉDECIN DE L'ASILE SAINTE-ANNE ET DES HOPITAUX
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

AVANT-PROPOS

Au moment de passer notre thèse nous avons le devoir de remercier les maîtres auprès desquels nous avons travaillé.

A notre arrivée à Paris nous avons fréquenté le service de M. le D^r GÉRARD-MARCHANT, chirurgien de l'hôpital Boucicaut, aujourd'hui décédé, et celui de M. le D^r HIRTZ alors médecin de l'hôpital Laënnec. Nous avons passé notre première année de stage avec M. le D^r CHAUFFARD, professeur agrégé à la Faculté de médecine et médecin de l'hôpital Cochin. Nos premiers mois d'externat se sont écoulés chez M. le D^r CHAMPETIER DE RIBES, accoucheur de l'Hôtel Dieu et chez M. JALAGUIER professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital des Enfants Assistés.

Nous remercions particulièrement M. le D^r BAZY, chirurgien de l'hôpital Beaujon et son assistant, M. le D^r REGNAULT, qui nous a initié à la pratique des maladies des voies urinaires.

M. le D^r MATHIEU, médecin de l'hôpital Andral et ses

assistants, MM. les D^{rs} ROUX et LABOULAIS, dont nous n'oublions pas l'amabilité pendant le temps que nous avons passé à leur consultation des maladies de l'estomac.

Pendant notre dernière année d'externat, M. le D^r GUINON, médecin de l'hôpital Trousseau, nous a donné l'exemple de son dévouement aux enfants.

Nous regrettons de ne pouvoir remercier personnellement tous ceux auprès de qui nous avons recueilli d'utiles conseils, tant dans les conférences que dans les services médicaux que nous avons fréquentés sans y être attaché.

Depuis que nous avons l'avantage d'être l'interne de M. MARANDON DE MONTYEL à Ville-Évrard nous avons déjà eu maintes fois l'occasion d'éprouver la bienveillance de MM. les médecins des Asiles et de M. le D^r PICQUÉ, chirurgien des hôpitaux et chirurgien en chef des Asiles de la Seine.

M. le D^r LEROY médecin-adjoint de Ville-Évrard nous a guidé dans l'achèvement de notre thèse, si elle présente quelque intérêt nous le lui devons en grande partie.

Nous devons l'idée d'étudier les maladies nerveuses, à nos amis Moutier, interne des hôpitaux, et H. Michaud interne à Monaco.

Nous sommes très reconnaissant à M. le professeur JOFFROY, de l'honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant la présidence de notre thèse et des conseils qu'il nous a prodigués à cette occasion.

Chapitre Premier.

EXPOSÉ DU SUJET

La paralysie générale étant, depuis Requin, qualifiée de progressive, il nous a paru intéressant de rechercher si son évolution était toujours et fatalement mortelle à brève échéance ou si le diagnostic étant posé un peu d'espoir reste encore permis. La maladie peut-elle guérir, peut-elle rétrocéder ou subir au moins des temps d'arrêt dans son évolution.

Cette question a de l'importance au point de vue du malade et de son entourage, elle en a aussi pour le médecin qui doit savoir quelle conduite il aura à tenir quand on l'interrogera sur l'évolution probable de la maladie.

Malheureusement la tâche est délicate en ce sens que la paralysie générale a été étudiée depuis longtemps dans un grand nombre de travaux de tous ordres et qu'il est assez difficile d'émettre des idées nouvelles sur cette question ; de plus les rémissions elles-mêmes

ont été signalées depuis longtemps déjà et plusieurs thèses ont été consacrées à ce sujet.

Cependant des problèmes multiples se posent à propos des rémissions, et la solution de chacun d'eux nécessiterait à lui seul un travail spécial ; c'est ainsi que nous pourrions nous demander tout d'abord s'il y a de véritables rémissions dans la vraie paralysie générale, ou dans quelles variétés de cette maladie se produisent les vraies rémissions. Puis nous devrions déterminer la période de l'affection à laquelle se produisent de préférence les rémissions, quelle est leur durée, quelle est leur influence sur l'évolution ultérieure de la paralysie générale ; l'âge et le sexe qui paraissent en bénéficier, les causes naturelles qui semblent en amener l'apparition, enfin les causes provoquées, les moyens de traitement qui doivent être employés pour produire des rémissions ou pour prolonger leur durée. Un chapitre important pourrait encore être consacré aux questions médico-légales que peut soulever l'existence des rémissions. Mais la solution de plusieurs de ces questions supposerait l'accord préalablement établi sur une série d'autres points et avant tout sur l'étiologie de la paralysie générale, or, tout le monde a présent à la mémoire les débats qui eurent lieu à ce propos à l'Académie de médecine en 1905 et personne ne nous demandera de trancher la question. Pour beaucoup d'autres chapitres, en particulier pour ce qui a trait à l'étude médico-légale des rémissions, une opinion personnelle ne pourrait être basée que sur une longue expérience, et, si nous n'avons

pas su tirer de notre sujet tout le parti que nous aurions pu, nous invoquerons précisément comme excuse, que notre thèse n'est par la résumé d'une longue pratique de la psychiâtrie mais que faite au début de notre internat des asiles, elle a été pour nous l'introduction à l'étude des maladies mentales ; aussi, ne pouvant pas offrir le résultat d'une expérience personnelle, nous avons dû nous borner à étudier et à analyser ce que d'autres ont écrit avant nous en publiant toutefois quelques observations inédites.

Chapitre II

HISTORIQUE

Nous ne voulons pas faire ici l'histoire de la paralysie générale qu'on pourrait faire commencer avec le portrait du distrait dans La Bruyère (Dupré). Disons seulement qu'on en fait remonter l'étude à Willis (1681) et à Haslam (1798). Puis viennent la description de Royer-Collard, Georget et Esquirol (1820). Jusque-là la paralysie générale est considérée comme une complication de la folie. Ce sont encore les idées de Delahaye (1824), de Calmeil (1826), mais dès 1822, Bayle avait décrit comme entité morbide la méningite chronique et il signale la fréquente coexistence de la paralysie générale et de la syphilis. Parchappe décrit, en 1838, la folie paralytique; Requin, en 1846, ajoute aux mots paralysie générale l'épithète de progressive. Citons les noms de Sandras, de Lunier, les travaux importants de Baillarger, ceux de Lasègue, de Falret, de Linas.

Le nom de Baillarger domine la période d'études cliniques. Dans la période actuelle d'études anatomo-

pathologiques et étiologiques nous devons citer au premier rang, parmi les maîtres français, les noms de Joffroy, Raymond, Fournier, Ballet et Dupré (1).

Après ce rapide exposé, passons au point de vue spécial de l'historique des rémissions.

Calmeil les signale en 1826 (2), le passage a été souvent cité : « Par une bizarrerie incroyable, il est des paralytiques qu'on juge condamnés à mourir dans un délai rapide et dont le sort s'améliore très promptement. » Ainsi l'employé de la cour des comptes dont il est parlé, page 209, après avoir été très faible sur ses jambes, acquiert tout à coup un certain degré de force et se met à marcher plusieurs heures par jour, le malade cité, page 23, fut jugé assez bien pour reprendre ses occupations, mais plus tard il eut une rechute. Voici cette observation :

Sommaire : Embarras dans la prononciation. Marche mal assurée. Guérison apparente. Rechute.

G..., 37 ans. Après un repas le malade étant en train d'écrire a tout à coup la prononciation difficile, la langue gênée dans ses mouvements. Au bout de deux jours les jambes perdent leur force. Au bout de cinq semaines idées de grandeur et incontinence des matières. M. G... passe trois mois à l'infirmerie plongé en apparence dans la démence et condamné suivant toute probabilité à finir sa triste existence sous l'influence de la

1. RÉGIS, Précis de Psychiatrie.

2. De la p. g. considérée chez les aliénés.

paralysie générale qui, chaque jour, semblait avancer davantage vers son dernier terme ; mais par un changement aussi rare qu'inattendu le délire se calme, le malade comprend nos questions, associe des idées, porte des jugements, cesse de faire des extravagances et distingue ce qui est raisonnable de ce qui ne l'est pas, il s'informe de sa femme, de ses enfants, il demande à écrire, à reprendre ses occupations, etc. Sa parole n'est pas aussi embarrassée qu'autrefois, le tronc est en équilibre sur le bassin, les jambes elles-mêmes se prêtent à des courses assez longues sans donner le moindre signe de faiblesse, le corps a de l'embonpoint, toutes les fonctions s'exécutent avec tant de régularité qu'on pourrait croire à une guérison complète ; cependant il est à remarquer qu'il reste des vestiges de paralysie du côté de la langue, que les idées, quoique suivies, roulent dans un cercle de peu d'étendue. Il est à craindre que tôt ou tard les accidents ne reparaissent avec toute leur intensité première. Puis vient cette note « nous apprenons à l'instant que le malade a eu une rechute et que son état est des plus graves. »

Nous trouvons encore une observation analogue à la page 209 :

Paralysie incomplète de la langue et des membres abdominaux.

Congestions sanguines vers l'encéphale. Rémission momentanée.

Ce malade de 35 ans divague, a de l'embarras dans la prononciation. Avec des saignées, des bains tous les jours et des topiques réfrigérants sur la tête les médecins « obtinrent un mieux marqué. Au bout de huit mois le calme est presque rétabli et le bégaiement était moins sensible... » Au bout de soixante jours, les accidents qui n'étaient que disparus revin-

rent avec une nouvelle intensité. « Les symptômes s'aggravent progressivement puis de nouveau « les symptômes ont pris une marche rétrograde, le bégaiement ne laisse pas d'être sensible, mais cet homme parle avec une certaine facilité ; les membres abdominaux ont en apparence retrouvé leur force et leur mobilité première... L'état moral s'est également amélioré, B... ne se livre à aucun désordre d'action, ne présente aucune trace de délire, mais l'intelligence manque d'étendue. La mémoire et le jugement sont affaiblis, tout indique une démence moyenne qui ne laisse aucun espoir de guérison. »

Nous avons pensé qu'on ne nous en voudrait pas d'insister un peu sur ces citations de Calmeil étant donné leur intérêt et leur priorité. Marcé a observé de^s améliorations à la dernière période ; Ferrus signale une rémission de vingt-cinq ans. Le malade avait seulement des hésitations, des arrêts de la parole. Billod, en 1850 (1) parle de rémissions de longue durée et croit même la guérison incontestable dans une observation qu'il cite avec autopsie.

Sandras, en 1851 (2), cite un cas d'amélioration dans la paralysie générale. Le malade, dit-il, est incomparablement mieux que quand il est entré à l'hôpital sous le rapport de la paralysie et son intelligence persiste malgré la longue durée du mal. Il y a déjà deux ans et demi que je l'observe et le traite.

Dans sa thèse d'agrégation, en 1853 (page 29), Lasèque considère les intermittences comme rares au début tan-

1. BILLOD. Annales médico-psych.

2. SANDRAS, Traité pratique des maladies nerveuses, p. 92.

dis qu'à la deuxième période, il peut se produire de véritables rémissions. « Ne faites pas de la paralysie générale quelque chose d'absolu » dit le même auteur (1).

En cette même année 1853, Falret fils, dans sa thèse sur la folie paralytique dit que sa marche progressive ne se fait pas sans rescousses et sans soubresauts et est caractérisée, au contraire, par une grande inégalité dans le degré et le mode de développement des divers symptômes.

Deux cas d'amélioration de la paralysie générale, celui de Ferrus et un de Renaudin sont cités dans la thèse de Baume 1854 sur la guérison des maladies mentales.

Dans un article de 1855, Baillarger(2) qui devait souvent revenir sur cette question envisage les rémissions au point de vue médico-légal. La rémission, dit-il, est facile à caractériser ; cet état se résume dans ces deux faits : cessation du délire, persistance de la démence. Foville signale des faits semblables à ceux que M. Marandon de Montyel devait appeler plus tard « paralysie générale régressive », ou bien, dit-il, les progrès s'arrêtent simplement, les accidents cessent de s'aggraver mais aucune amélioration ne se produit... ou bien les symptômes après s'être arrêtés ne se bornent pas à rester immobiles, ils reviennent sur leurs pas et remontent en sens inverse une partie de la route qu'ils ont déjà parcourue.

1. LASÈGUE. Études médicales, t. I, p. 812.

2. BAILLARGER. Union médicale, 1855.

Actuellement les rémissions dans la paralysie générale sont admises par tous les auteurs et nous aurons l'occasion de citer, dans le cours de ce travail, les opinions de Raymond et Sérieux, de Dupré, de Voisin, etc.

Doutrebente, en 1870, avait déjà parlé des rémittences dans sa thèse ; en 1878, il peut écrire ces lignes (1) : « nous avons l'occasion de constater de véritables pauses dans la marche d'une maladie réputée fatalement progressive. La rémission est un fait acquis, impossible à nier, elle peut devenir, pour le médecin traitant et faute de mieux, une dernière solution vers laquelle doivent se diriger toutes les ressources de son esprit elle se produit parfois si soudainement et dure, dans certains cas, si longtemps que la plus grande réserve nous est imposée en présence d'un pronostic à prononcer. Les rémissions déterminent, dans la marche de la maladie, de véritables intermissions dont la durée peut varier de quelques mois à vingt-cinq ans et plus encore. L'existence des rémissions était donc déjà considérée comme indiscutable il y a près de trente ans ce qui ne veut pas dire que la question ait perdu tout intérêt aujourd'hui où l'existence de ces temps d'arrêt pourrait peut-être s'expliquer mieux qu'à cette époque en utilisant les connaissances acquises depuis.

Plusieurs thèses ont déjà été passées sur ce sujet : ce sont celles de Faure (Paris 1864), puis celles de Ballaud (Strasbourg 1868), et de Schils (Paris 1879), qui apportent peu de connaissances nouvelles, enfin celle de Larroque 1886 est plus complète et contient des observations personnelles.

1. DOUTREBENTE. *Ann. méd. psych.*, 78, 5^e série, 19.

Chapitre III

QU'EST-CE QUE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

La définition de la paralysie, dit Dupré dans son article du traité de G. Ballet, est de toute l'histoire de cette affection le point le plus difficile à établir en une formule claire et complète.

Nous n'avons pas à retracer ici toutes les discussions qui ont eu lieu sur la paralysie générale, nous nous contenterons de mentionner les points qui nous sont nécessaires pour étudier les rémissions et comprendre leur production. Voici la définition que Dupré donne de la paralysie générale : « Sous ce terme on entend non pas une maladie mais une affection à évolution lente, progressive et fatale qui survient sous des influences pathogènes prolongées et généralement combinées parmi lesquelles la syphilis ancienne, l'alcoolisme et le surmenage fonctionnel d'un cerveau d'ailleurs prédisposé sont les plus importantes, qui se traduit par le développement progressif de troubles démentiels constants, l'apparition contingente mais fréquente de troubles

délirants, expansifs ou dépressifs et des désordres ataxiques et paralytiques de la motricité (ophtalmoplégie interne, dysarthrie, tremblement), syndrome déterminé par des lésions diffuses qui intéressent tout le système nerveux mais surtout l'écorce cérébrale dans la totalité de ses éléments constitutifs et qui aboutissent à la désintégration et à la ruine du système anatomo-physiologique du névraxe.

Il n'entre pas dans notre règle de discuter ou de commenter chacun des termes de cette définition, il était seulement nécessaire d'avoir présente à la mémoire une description schématique de l'affection qui nous occupe.

ÉTIOLOGIE

Les rapports de la *syphilis* et de la paralysie générale ont été signalés par Bayle, Schutzemberger, Lallemand, Esmark et Jessen. Le professeur Fournier fait de cette maladie une affection parasymphilitique.

Pour Charcot « le rôle de la syphilis se borne à celui de simple agent provocateur de cette affection et n'est pas la cause véritablement efficiente. »

M. le D^r Joffroy déclare que si l'une des origines de la paralysie générale se trouve plus ou moins fréquemment dans la syphilis, celle-ci ne joue que le rôle de cause adjuvante, favorisante et n'est pas la cause déterminante.

Cette question a été discutée à l'Académie de médecine en mars 1903. Au sein de cette assemblée ou dans

des publications postérieures provoquées par les discussions M. Raymond, M. Hallopeau semblent admettre la nature syphilitique de la paralysie générale, de même Régis, Marchand. Parmi les adversaires de la théorie nous voyons Hallopeau, Mairct et Vires, Martial, Christian, Cornil qui la combattent au nom de la clinique ou de l'anatomo-pathologie (1).

Nous ne voulons pas entrer dans des digressions sur les causes et sur la nature de la paralysie générale, cependant il est bien difficile de ne pas jeter un coup d'œil sur l'état actuel de cette question, car nous nous heurtons à la question des pseudo-paralysies générales; cette conception reposant précisément en grande partie sur l'existence des rémissions et la guérison constatée dans des maladies diagnostiquées paralysies générales progressives et aussi sur l'étiologie de ces cas. Devons-nous donc décider *a priori* que la paralysie générale doit avoir telle étiologie et telle évolution et rejeter hors de ce cadre des états morbides présentant les mêmes symptômes, mais qui ont une marche s'éloignant de celle à laquelle nous nous sommes habitués, ou devons-nous au contraire admettre comme Feré que la marche de la paralysie générale n'est pas plus réglée que sa durée et que, d'autre part, ainsi que le disait déjà Lasègue, la paralysie générale n'est point une espèce aussi définie que les médecins inclinent à le penser.

Au congrès de Nancy, en 1896, Paris allait jusqu'à dire : « Il n'y a plus de pseudo-paralysies générales, il

1. Voir bibliographie à la fin de l'ouvrage.

n'y a que des syndromes paralytiques. » Sans aller ainsi jusqu'à parler seulement de syndromes paralytiques, il est aussi simple d'admettre que la paralysie générale peut avoir des causes et une évolution variables et d'élargir le cadre de cette affection au lieu de n'y faire entrer que les cas qui ne vont pas à l'encontre des idées classiques.

M. Joffroy accorde un grand rôle à l'*alcoolisme* dans la production de la paralysie générale. Chagnon (1) au Canada, le considère comme la cause la plus fréquente, la syphilis ne viendrait qu'après. C'est la conclusion de Villeneuve et Dion. En Russie Serge Soukhanoff (2) trouve la syphilis chez 75 0 0 des hommes examinés, l'alcoolisme est noté dans 80 0 0 des cas.

C'est dans la classe des ivrognes, dit Renaudin, que se recrute principalement la paralysie générale.

La plupart des auteurs admettent le rôle de l'*hérédité* dans l'étiologie de l'affection qui nous occupe. Son importance est grande pour M. Joffroy. Weygandt et Roubinovitch l'ont souvent trouvée dans les antécédents des malades. Martial l'admet.

Sérieux et Farnarier trouvent l'hérédité névropathique dans un tiers des cas, ils pensent que la paralysie générale est une conséquence de la vitalité des centres nerveux originellement affaiblis et la cause de cette tare c'est l'hérédité.

Wagner von Jauregg croit l'hérédité moins fréquente

1. CHAGNON. Union médicale du Canada, 1 juin 1905.

2. Arch. neurol. sept. 1902.

dans la paralysie générale que dans les autres formes de maladies mentales. Mariani (th. 1899) conclut d'après trente-trois cas que la prédisposition héréditaire est un facteur nécessaire ; les causes occasionnelles sont le surmenage, l'alcool.

Schüle y joint le traumatisme ; sur ses cent cas il n'en a trouvé que onze où il ne soit fait mention que d'une seule cause.

Si nous laissons de côté les causes citées seulement à titre documentaire on peut constater, en examinant les paralytiques généraux qu'ainsi que le disait Vallon au Congrès de Moscou : « l'hérédité, la syphilis et l'alcool constituent une sorte de trépied qui est la base étiologique de la paralysie générale. »

A ces causes il faut joindre les conditions de race, d'ailleurs discutées (1), tenir compte du milieu dans lequel se trouve placé le malade, son degré de « cérébralité » et du surmenage.

Christian (2) distingue à la paralysie générale des causes prédisposantes résidant dans une faiblesse du cerveau, congénitale ou acquise et des causes occasionnelles comprenant tout ce qui est susceptible de déterminer une fatigue prolongée de l'organe, chagrins, veilles, excès de travaux intellectuels ou physiques, etc., causes qui peuvent se résumer en un mot : « le surmenage ». Ce sont aussi les idées de Lefèvre, de Louvain.

Le traumatisme, auquel on attribuait autrefois un grand rôle, a été étudié de nouveau en ces derniers

1. MARIE, *Revue de médecine*, 10 mai 1906.

2. CHRISTIAN, *Arch. de neur.*, 1887.

temps. Bayle écrivait déjà : « Les violences extérieures exercées sur la tête peuvent disposer à l'espèce d'aliénation mentale (paralysie générale) que nous décrivons en imprimant au cerveau des commotions plus ou moins fortes qui peuvent, à leur tour déterminer, des congestions sanguines dans les vaisseaux de la pie-mère. »

Pour avoir une idée de la question, nous ne pouvons mieux faire que de reproduire les conclusions de Val-lon ; cet auteur est d'avis que les traumatismes du crâne, avec ou sans fracture des os et blessure du cerveau, peuvent produire la paralysie générale en dehors même de toute prédisposition personnelle. La paralysie générale peut débiter peu de jours après l'accident, mais le plus souvent elle n'apparaît qu'après un assez long intervalle de temps (des années même).

La paralysie générale d'origine traumatique s'observe sur des sujets qui ont l'âge auquel se montre d'ordinaire cette affection, ce qui semble démontrer la nécessité, pour son développement, du consensus de l'organisme. »

Enfin, dans une thèse toute récente, Viollet inspiré par M. Picqué, croit « qu'on est en droit de conclure que les traumatismes peuvent intervenir comme élément étiologique dans la genèse de la méningo-encéphalite diffuse. »

On pourra consulter, sur ce sujet, les communications de MM. Picqué et A. Marie, au congrès de Grenoble.

Klippel décrit, dans la *Revue neurologique* de 1905, la paralysie générale tuberculeuse ; cette affection pouvant

survenir par encéphalite tuberculeuse, par action diffuse des toxines ou par encéphalite infectieuse, dont l'origine est à rechercher dans les symbioses microbiennes des cavernes du poumon. « La paralysie générale la plus évidente, dit Klippel, la plus incontestable par ses symptômes et sa marche peut être le résultat de la tuberculose ; il existe un syndrome paralytique et non pas une paralysie générale, entité morbide relevant exclusivement de la même cause. » Klippel ne considère pas en effet la paralysie générale comme l'aboutissant de toute maladie mentale, comme le voulait Esquirol ; il ne voit pas non plus en cette affection une entité morbide dont la cause et la lésions ont toujours les mêmes, comme le voulait Bayle, dont les observations ne semblent comprendre, dit-il, que des formes inflammatoires relevant d'infections microbiennes ; aussi Klippel arrive-t-il à conclure que la paralysie générale est un syndrome clinique caractérisé par un ensemble de signes et une évolution qui sont les mêmes sous l'influence d'agents pathogènes divers en action sur l'encéphale sous un certain mode et en deçà et au delà duquel ces mêmes agents pathogènes produisent d'autres symptômes.

Toutes les intoxications et les infections peuvent être incriminées ; en dehors du plomb (Vallon), de l'alcool nous citerons les paralysies générales ayant pour origine la pellagre, le tabac, la fièvre typhoïde (Voisin), l'arthritisme (Klippel), la variole (Mabille, 1883), l'érysipèle (Weygandt), le paludisme (Marandon de Montyel), le saturnisme.

Chapitre IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PHYSIOLOGIE

Nous n'avons pas l'intention de faire ici une revue des études publiées sur l'anatomie pathologique de la méningo-encéphalite interstitielle chronique diffuse ou paralysie générale, mais d'y prendre seulement ce qui nous est nécessaire pour comprendre la production des rémissions.

L'anatomie pathologique de la paralysie générale a été surtout étudiée à notre époque, nous l'avons vu, par Magnan, Joffroy, Ballet, Klippel, Anglade, Bonnet et Poincarré en France, et à l'étranger par Rokitansky, Westphall, Mierzejerwski, Mendel, Crichton-Brown, Tuzek, Zacher, Bingswanger. Tandis que Calmeil voyait surtout dans la paralysie générale une phlegmasie et Baillarger des lésions des parties blanches du cerveau, on a tour à tour signalé dans cette affection des lésions des ganglions cervicaux du grand sympathique, des lésions du bulbe (Voisin), des granulations du quatrième ventricule (Jarre), des altérations de la moelle,

des troubles de la névralgie (Virchow), ou une hypergénèse du tissu conjonctif. M. Joffroy résume en ces termes l'état actuel de nos connaissances sur l'anatomie pathologique de la paralysie générale : « A l'heure actuelle deux théories tendent à expliquer la nature de la paralysie générale. Pour les uns c'est l'encéphalite scléreuse qui est l'origine de la maladie ; ce sont les lésions des vaisseaux et du tissu interstitiel qui sont primordiales. Les autres, au contraire, considèrent le début du processus histologique comme résidant dans l'altération des éléments nobles du cerveau, cellules et tubes nerveux et les lésions interstitielles comme ne survenant que secondairement, à une période plus tardive. » M. Joffroy considère comme constantes les lésions des cellules et des tubes nerveux, « la dégénérescence des fibres nerveuses n'étant pas un phénomène primitif, nécessite toujours pour se produire la lésion des centres trophiques », et voici quelles sont ses conclusions : « La cellule nerveuse est atteinte la première en date, sa lésion amène la dégénérescence des fibres nerveuses ; la désintégration de celles-ci est la cause de la diapedèse et des lésions vasculaires et enfin la prolifération du tissu interstitiel n'est en somme qu'un processus de réparation. »

La lésion décrite par Tuzek consiste en une altération de la myéline qui devient une sorte de corps étranger, et ce corps étranger demande à être résorbé.

Klippel croit que « des processus anatomiques différents donnent lieu à la paralysie générale, pourvu que les lésions de ces processus divers aient pour caractère

essentiel d'être diffusés dans l'encéphale tout entier. Le syndrome clinique de la paralysie générale est donc commun à des maladies de même siège anatomique. Il y a donc en ce sens des paralysies générales. »

Alzheimer, parlant des paralysies atypiques de Lissauer, dit que les lésions atrophiques prédominent alors dans la moitié postérieure des hémisphères ; ce sont ces cas qui marchent par poussée.

Ingegnieros explique les cas où les syndromes paralytiques sont fugaces, par une intoxication transitoire des neurones sans inflammation ni dégénérescence ; dans les cas curables, non progressifs, il y a dégénérescence ; mais elle est réparable par le traitement étiologique ; enfin dans les cas de syndromes progressifs et irréparables il y a des lésions toxiques ou inflammatoires, interstitielles ou parenchymateuses qui déterminent des dégénérescences irréparables.

Pour expliquer les rémissions, Calmeil, en 1826, se contente de dire que « toutes ces alternatives de mal et de bien s'expliquent en admettant que dans le premier cas la maladie du cerveau s'aggrave, tandis que dans le second elle diminue ou même s'efface en partie. »

Billod les explique par la résolution de l'élément congestionnel. Pour Voisin les rémissions sont dues à ce que les phénomènes congestifs disparaissent, et la localisation des lésions inflammatoires doit être admise, les parties du cerveau restées ou redevenues saines suppléant au fonctionnement des parties atteintes par une lésion définitive.

Pour Delasiauve si l'affection « a pour siège les cou-

ches périphériques du cerveau et pour origine une altération moléculaire intime aboutissant à une désagrégation, il est aisé de se rendre compte de la marche accidentée de l'affection, de la variabilité de ses symptômes, de ses progrès et de ses reculs, de ses rémissions de ses exacerbations, etc... »

Whitemore Steele, à propos d'une autopsie de paralytique à la première période, où il y avait des dégénérescences vasculaires et un trouble profond de la circulation lymphatique, cite Mickle qui admet des lésions vasculaires corticales et névrogliques et Hodges qui parle de trouble fonctionnel du neurome irréparable s'il est porté à un degré extrême. Quant à lui il semble éclectique et admet que les rémissions se produisent par résorption d'exsudat avec meilleure nutrition des cellules nerveuses, par une nouvelle activité des courants lymphatiques, il envisage aussi l'hypothèse d'une lésion cellulaire primitive avec excrétion insuffisante des produits formés pendant la période d'hyperactivité, et à ce propos il cite Bouchard. Dans ces cas les rémissions seraient caractérisées par une excrétion plus intense des éléments toxiques.

Pendant ces dernières années on a étudié le liquide céphalo-rachidien dans la paralysie générale; cette étude a été faite en particulier par les élèves de M. Joffroy. Ardin Delteil, cité par Milian (1), qui a examiné 34 paralytiques généraux, a trouvé dans 8 cas où la paralysie était en rémission ou à marche excessivement lente, un

1. MILIAN. Le liquide céphalo-rachidien.

liquide contenant de légères traces d'albumine et de petits lymphocytes, dans 13 cas où la paralysie était stationnaire à la période d'état : petits lymphocytes et albumine. Enfin dans 7 cas de paralysie en activité la formule cytologique était accentuée avec grands lymphocytes et albumine, et dans 4 cas formule très marquée avec grands et petits lymphocytes, polynucléaires et quantité notable d'albumine, la paralysie étant en activité avec congestions, attaques en série, etc.

Dans sa thèse M^l^c Pascal (1) insiste sur le rôle de l'intoxication dans la pathogénie des ictus ; c'est également de ce côté qu'il faudrait chercher l'explication des aggravations et des améliorations qui se produisent au cours de la paralysie générale, car les cellules nerveuses sont en contact avec les éléments toxiques que véhicule le sang, et cela d'autant plus que la stase sanguine due à la vaso-dilatation paralytique favorise le contact plus intime de ces poisons avec la substance cérébrale.

Pierret (2) a étudié la théorie de l'auto-intoxication dans la paralysie générale ; des lésions anciennes donnent lieu parfois à un rappel de symptômes ; ces phénomènes, produits chez le chien par l'injection de morphine (Tripier), peuvent survenir également sous l'influence des poisons que l'organisme élabore.

1. PASCAL. Formes atypiques de la paralysie générale. *Th. Paris*, 1905, p. 67 et 39.

2. BOUVAT, *Th. Lyon*, 1883.

Chapitre V

DIAGNOSTIC

Nous ne voulons pas faire ici un chapitre de diagnostic de la paralysie générale avec les autres maladies mentales ou du système nerveux qui peuvent présenter avec cette affection un ou plusieurs symptômes communs ; mais étant donné un malade qui présente le syndrome paralytique général, nous devons voir s'il s'agit d'une paralysie générale véritable, et dans ce cas quels facteurs étiologiques devront être incriminés.

Le pronostic et le traitement peuvent en dépendre en partie, les symptômes pouvant disparaître rapidement dans certains cas avec la cause qui les a produits, l'évolution se poursuivant dans d'autres d'une façon plus ou moins régulièrement progressive, mais le plus souvent fatale.

Il est parfois difficile de comprendre où s'arrêtent, pour les différents auteurs les pseudo-paralysies générales et où commencent les vraies ; on abuse d'ailleurs un peu de ce mot de pseudo.

Il y a des pseudo-paralysies générales alcooliques et des paralysies générales vraies d'origine alcoolique ; il en est de même pour la syphilis. Voici, à propos de ces deux dernières, ce que dit Fournier : « Arrivées l'une et l'autre à la démence confirmée les deux maladies se confondent encore dans la nullité de l'être pensant, sentant, agissant, avec cette différence toutefois que la paralysie générale ne cessant d'être progressive poursuit fatalement sa marche destructive, tandis que la syphilis peut avoir des arrêts qui immobilisent le malade pendant de longues années si les lésions deutéropathiques qu'elle a produites ne viennent précipiter sa fin. »

Dans ce passage Fournier semble donc dire qu'une affection qui présente des rémissions n'est pas une vraie paralysie générale.

Nous trouvons l'opinion opposée dans les lignes suivantes de Christian : « Les statistiques laissent un certain nombre de cas dans lesquels il n'a été possible de trouver aucune trace de syphilis. Or ces pseudo-paralysies générales ne diffèrent ni cliniquement ni anatomo-pathologiquement de celles dans lesquelles la vérole existe dans les antécédents. » C'est une preuve, ajoute l'auteur, que la syphilis n'est ni la seule cause ni la cause essentielle de la maladie.

Pour savoir quel rôle attribuer à l'alcool dans la production de la paralysie générale, il y a lieu de remarquer qu'au début de cette maladie, dans la période d'excitation, beaucoup de gens se mettent à boire qui avaient toujours été sobres auparavant.

Nous avons déjà cité Whitemore Steele. Pour lui, dans la paralysie générale alcoolique, les rémissions sont plus fréquentes et plus complètes. Dans ces cas les symptômes somatiques sont souvent plus marqués que les désordres psychiques; les idées délirantes sont moins expansives, la période prodromique plus courte et les rémissions se produisent amenant la guérison quand le malade renonce à l'alcool. Ces cas sont difficiles à diagnostiquer à temps et peuvent être pris pour de la paralysie générale.

Attribuant à l'alcool la production de pseudo-paralysies générales alcooliques et de vraies paralysies générales, M. Marandon de Montyel admet qu'il n'est pas un seul symptôme qui ne soit commun aux deux maladies mais il assigne à la pseudo un début plus brusque, tandis que la vraie est, selon l'expression de Tissot, un chien qui mord sans aboyer; mais le fait qui imprime surtout un cachet tout particulier à ces cas de pseudo-paralysie c'est la possibilité du retour complet à la raison, jusqu'à dix et douze fois après autant d'attaques.

Klippel pense aussi que dans la pseudo-paralysie la marche est moins fatalement progressive, les rémissions plus fréquentes, la durée de l'affection plus longue.

L'alcoolisme chronique peut se terminer par une démence ayant les caractères de la démence paralytique, l'évolution et la terminaison sont identiques, car la régression de la démence et des symptômes ne se produit pas dans la démence alcoolique tardive (Ducœurjoly).

Chantemille fait remarquer que chez un malade por-

teur de tares alcooliques similaires l'alcoolisme chronique se manifeste d'abord le plus souvent par des lésions d'alcoolisme pur, puis plus tard d'alcoolisme auquel se mêlent des lésions passagères de paralysie générale pour finir par des lésions définitives de paralysie générale. L'évolution pouvant d'ailleurs s'arrêter si l'intoxication cesse.

Le parallèle de la pseudo-paralysie alcoolique et de la vraie est fait par Weygandt. (1) Dans certains cas d'alcoolisme chronique, dit-il, le sujet gai, expansif a un sentiment exagéré de sa puissance et émet des idées délirantes ; il peut se joindre à cet état une série de signes physiques qui s'observent dans la paralysie générale : inégalité pupillaire, troubles ou abolition des réflexes des pupilles, parésie faciale, tremblement de la langue et des mains, articulation difficile de la parole, parésie des jambes avec marche parfois ataxique, diminution des réflexes rotuliens ; on peut constater de l'analgésie, la rétention d'urine n'est pas rare, la marche de l'affection est plus lente et plus continue, mais on peut observer des améliorations et même la guérison si l'alcoolique se résigne à l'abstinence et à un traitement approprié. Il faut aussi isoler les signes physiques propres à l'alcoolisme chronique.

Margain (2), qui fait de la paralysie générale une affection non pas parasymphilitique ni parainfectieuse mais paratoxique, ce mot comprenant les infections et les

1. WEYGANDT-ROUBINOVITCH. Atlas manuel de psychiatrie.

1 MARGAIN, *Progrès médical*, 8 juillet 1905.

intoxications, dit que les états traumatiques ou antitoxiques peuvent donner la symptomatologie complète de la paralysie générale sous forme d'une affection à allure rapidement progressive qui devient ensuite régressive ; il croit qu'une paralysie générale trop complète d'emblée et à marche trop rapide est trop belle pour être vraie (au sens actuel du mot) ; dans les cas semblables il s'agirait plutôt d'une paralysie générale toxique qui sera régressive, et non d'une paralysie syphilitique.

Klippel, qui a décrit une paralysie générale tuberculeuse, ainsi que nous l'avons déjà vu, parle aussi d'une pseudo-paralysie arthritique ; le tableau clinique, dit-il, est celui de la paralysie générale, mais avec toutes les particularités qui distinguent cette maladie, des affections qui ont mérité le nom de pseudo-paralysies générales, les principales sont la lenteur de la marche de la maladie, les rémissions et les apparences de guérison. » Or, le même auteur a dit : « Les paralysies générales commencent et finissent là où commence et finit le syndrome paralytique général. »

Citons encore le cas d'un alcoolique présentant des accidents cérébraux qui rappelaient de très près ceux de la paralysie générale, mais en différant cependant par certaines nuances symptomatiques. Le professeur Joffroy, qui rapporte le fait, attribue ces manifestations à la viciation du fonctionnement du foie, à l'auto-intoxication hépatique ; il y avait parallélisme entre les accidents hépatiques et cérébraux.

Nous croyons inutile de multiplier les citations sur le plomb ou sur les diverses infections ou intoxications incriminées dans l'étiologie de la paralysie générale ; nous avons seulement voulu montrer que chez des malades à symptomatologies sensiblement identiques on pouvait relever des antécédents fort différents ; chez les uns on pourra accuser des tares héréditaires, chez d'autres des tares acquises, poisons chimiques, poisons biologiques ou toxines, chez tous la recherche de ces facteurs sera le premier pas vers la connaissance de la maladie, et peut-être, s'il y a lieu, vers l'établissement d'un traitement prophylactique ou curatif.

Chapitre VI

DE L'EXISTENCE DES RÉMISSIONS

Il faut tout d'abord s'entendre sur le mot rémission ; on ne peut donner ce nom qu'à une suspension des symptômes suffisante pour faire croire à une guérison, ou à une évolution vers la guérison ; nous n'accorderons pas le nom de rémission à une disparition toute momentanée telle que nous en observions il y a quelques jours chez un malade ordinairement délirant et qui, sous l'influence d'une fièvre, passagère répondit fort bien qu'il était à Ville-Evrard, qu'il était mécanicien et gagnait 3 francs par jour ; peu de jours après la fièvre étant tombée le malade ne parlait plus que d'empire et de millions. Ce n'est pas là, à vrai dire, une rémission.

Il faut aussi se méfier des rémissions par contraste, c'est-à-dire de l'apaisement consécutif à une aggravation dont la marche en avant s'arrête un moment.

Ce sont là des rémissions fausses (Ballet), caractérisées seulement par la disparition de symptômes accessoires (excitation ou dépression, délire), mais qui n'im-

pliquent aucun arrêt dans la marche de la maladie. Ces cas ne sont pas ceux qui nous intéressent, car ainsi que le fait remarquer Voisin, « c'est en vain qu'on chercherait un paralytique général... chez lequel les périodes se succéderaient sans rémissions, sans exacerbations passagères chez lequel enfin les troubles intellectuels et les troubles somatiques marcheraient de pair pendant toute la durée de la maladie. »

Nous ne devons considérer comme rémissions que celles qui se prolongent et qui ressembleraient à une guérison, si l'expérience n'avait appris à s'en méfier, ainsi que le fait remarquer Lasègue.

L'existence des rémissions semble aujourd'hui admise par la grande majorité des auteurs, bien qu'ils ne s'entendent pas peut-être complètement sur le degré qu'elles peuvent atteindre ; en effet, tandis que Dupré considère les rémissions comme constituées par l'apaisement, l'atténuation ou la disparition d'un groupe de phénomènes de nature épisodique transitoire, mais avec persistance du fond démentiel, le délire étant en effet subordonné à des lésions moins fixes que la démence ; Raymond et Sérieux semblent admettre des rémissions plus réelles, lorsqu'ils disent : « La marche de l'affection n'est pas toujours fatalement progressive ; il est des cas dans lesquels son évolution paraît subir un temps d'arrêt et parfois même retrocéder. Tantôt il ne s'agit que de la disparition de certains troubles épisodiques (états délirants), tantôt, et ces cas sont plus rares ce sont les symptômes essentiels (affaiblissement intellectuel et troubles moteurs, qui s'amendent. »

En employant le plus souvent le mot rémission nous nous conformons peut-être davantage à l'usage qu'aux subtilités des distinctions grammaticales.

Falret (1853) parle des intermittences, mot que Bayle avait déjà employé, et il désigne sous ce nom un état qu'il considère comme relativement rare et qu'il oppose aux simples rémissions qui sont au contraire très fréquentes à toutes les périodes de la paralysie générale. Falret considérerait déjà à cette époque que « les rémissions dans les symptômes physiques et moraux soit séparément soit simultanément sont la règle dans toute la durée de la maladie, contrairement à l'opinion générale qui semble la considérer comme constamment et régulièrement progressive, sans interruption d'aucune espèce. »

N'ayant pas remarqué que les auteurs modernes aient consacré aux mots : rémission intermission, rémittence ou intermittence, des sens distincts et définis, nous les emploierons donc l'un pour l'autre.

Chapitre VII

DANS QUELLES VARIÉTÉS DE PARALYSIES GÉNÉRALES SE PRODUISENT DE PRÉFÉRENCE LES RÉMISSIONS ?

Nous avons vu que l'affection décrite sous le nom de paralysie générale reconnaissait des facteurs étiologiques multiples et que les rémissions étaient maintenant admises dans la paralysie générale sans qu'on se croit obligé pour cela de faire précéder cette dénomination du mot pseudo. Il est bien évident, en effet, qu'il serait inutile de parler de rémission dans la paralysie générale si on devait refuser le nom de paralysie générale vraie à toute affection qui ne serait pas fatalement progressive. Arnaud disait à ce propos au Congrès de Toulouse « l'on oppose généralement l'évolution régressive et la curabilité des pseudo à la marche fatalement progressive et à l'incurabilité de la paralysie générale vraie. Cette opposition n'est pourtant pas absolue et, sans parler des récives fréquentes on connaît des cas assez nombreux de pseudo terminés par la mort. »

Quant à Vallon il ne voit pas de raison d'exclure de

la paralysie générale vraie les cas de guérison réelle, cette exclusion présuppose en effet « le dogme de l'incurabilité de la paralysie générale » qu'il se refuse à admettre.

Une étude toute récente d'Ingegnieros admettant que les syndromes paralytiques généraux ne sont pas exclusifs d'une seule entité nosologique mais peuvent être déterminés par des causes diverses et évoluer de diverses manières nous fournit une excellente classification des divers modes d'évolution de la paralysie générale suivant son étiologie. Dans un premier groupe il s'agit de syndrome paralytiques généraux accidentels, n'importe quelle intoxication, pourvu qu'elle s'attache de préférence à des localisations encéphaliques déterminées peut produire ces syndromes, qui évoluent d'une façon bénigne, la suppression du toxique amène la guérison ; il ne s'agit là que d'une intoxication aiguë des cellules nerveuses sans lésions inflammatoires ou dégénératives. Un second groupe comprend les paralysies générales non progressives et curables, le syndrome n'évolue pas spontanément vers la guérison, mais cède au traitement parmi ces causes se rangent la syphilis, l'alcool, le plomb, le diabète, l'arthritisme les lésions sont réparables par le traitement étiologique. Dans un dernier groupe enfin l'auteur étudie les syndromes paralytiques généraux progressifs rebelles au traitement, c'est la paralysie générale classique avec lésions irréparables.

Si nous passons en revue les opinions exprimées par les divers auteurs sur la marche probable de la paralysie générale d'après son étiologie, nous voyons, que tan-

dis que la plupart prennent pour type de l'affection à marche progressive, celle qui est d'origine syphilitique Larroque, dans sa thèse, considère au contraire les rémissions comme fréquentes dans cette forme et Leidesdorf va jusqu'à dire que les rémissions n'ont été obtenues que dans les cas de nature syphilitique. On a voulu faire de l'hérédité un facteur de pronostic favorable (Doutrebente, Sainton, Regis, etc.).

Légrand du Saulle dit que chez les héréditaires les rémissions ont une durée insolite ; le retour à l'intelligence et à l'activité paraît complet et absolu, idée aussi exprimée par Mickle. Quant à Grainger-Stewart, il croit qu'une des caractéristiques de l'hérédité est sa tendance à produire des rechutes après des rémissions. Lionet assigne un pronostic aussi fatal aux héréditaires quoique à plus longue échéance. Larroque est d'avis que, chez les héréditaires, la paralysie générale évolue rapidement, mais les rémissions y sont fréquentes.

Enfin M. Marandon de Montyel considère l'hérédité dans la pathologie entière comme une cause aggravante et cela d'autant plus qu'elle s'exerce sur un organisme épuisé et trouve pour auxiliaire d'autres causes à influencer, préjudiciables sur le système nerveux.

D'après Viollet les rémissions sont rares dans les paralysies générales d'origine traumatique

Étant donné l'état du foie chez les alcooliques on pourrait penser à *priori* qu'ils font facilement de l'auto-intoxication et que les rémissions doivent être rares chez eux. Cependant la plupart des auteurs assignent

un pronostic favorable à la paralysie générale d'origine alcoolique (George Greene) (1).

Si l'intoxication cesse, dit Chantemille dans sa thèse, la paralysie générale peut s'arrêter dans son évolution et Larroque croit que les rémissions sont fréquentes toutes les fois qu'on trouve l'alcoolisme dans les antécédents, ce qui ne veut certainement pas dire qu'il vaut mieux pour un paralytique être au préalable alcoolique, mais que la paralysie générale causée par l'alcoolisme a une évolution relativement favorable.

Les mêmes considérations s'appliquent au saturnisme. On sait d'ailleurs que l'intoxication par le plomb produit surtout ses effets chez les ouvriers alcooliques.

Dans une thèse sur *Les variétés de la paralysie générale dans leur rapport avec la pathogénie*, Lionet distingue des paralysies d'origine individuelle dans lesquelles il n'y a rémission ni suspension dans la marche et des paralysies d'origine congestives dans lesquelles des rémissions s'observent, l'auteur ne les croit d'ailleurs, en général, qu'apparentes.

Régis croit la paralysie générale souvent rémittente et chronique chez les malades atteints de névrose, d'hystérie par exemple. M. Joffroy conteste cette opinion.

Se plaçant au point de vue de la symptomatologie Baillarger classe, dans un premier groupe de faits, les cas où la paralysie générale se présente dès le début avec ses symptômes essentiels, la démence et la paralysie; les vraies rémissions seraient rares mais les

1. GEORGE GREENE. The prognosis in dementia paralytica. *Journal of mental science*, avril 1906,

symptômes aggravés par la congestion rétrogradent.

Dans un second groupe la maladie débute par la manie, la mélancolie, la monomanie, la folie domine, les signes de paralysie sont légers. Fait déjà noté par Marcé : « C'est habituellement quand la paralysie générale a débuté sous la forme maniaque et expansive qu'on voit se produire les rémissions, l'agitation se calme, l'embarras de la parole diminue les idées ambitieuses elles-mêmes s'éloignent à tel point qu'on se demande si cette amélioration n'aboutira pas à une guérison parfaite. »

Grasset, Rogues de Fursac sont du même avis. Cette opinion est aussi celle exprimée par Linas dans les lignes suivantes : « une des particularités les plus importantes de la manie paralytique c'est la fréquente apparition des rémittences qui peuvent durer plusieurs mois et même plusieurs années. » C'est encore cette catégorie de malades que Jules Falret semble avoir eu en vue en parlant des intermittences chez les aliénés en proie à l'agitation maniaque la plus violente, qui reconnaissent leurs erreurs, renoncent à toutes leurs idées délirantes et recouvrent leurs forces musculaires. »

Doutrebente semble aussi admettre que les rémissions vraies sont l'apanage des paralysies générales, d'origine vésanique. »

Falret qui admettait quatre variétés de paralysie générale à savoir : congestive, expansive, paralytique et mélancolique, croit les rémissions plus fréquentes dans les deux premières.

Envisageant les paralysies générales à longue durée, Écart, dans sa thèse, dit qu'une de leur particularité est l'existence dans l'immense majorité des cas d'une marche rémittente dans l'évolution symptomatique qui les fit désigner sous le nom de paralysies générales à rémission ; des périodes de calme succédant à celles où le malade présentait des idées délirantes. Dans ces paralysies à longue durée l'auteur fait un groupe où les rémissions font défaut, un second où elles sont incomplètes et partielles, un dernier où elles sont complète et totales.

Dans les conclusions de sa thèse sur *La paralysie générale dans le jeune âge* Thiry écrit : « la marche de l'affection est la même que celle de l'âge adulte avec cette différence qu'il n'existe jamais chez les enfants de périodes de rémission, » c'est aussi la conclusion de la thèse de Vrain qui, cependant, cite quelques observations de rémissions chez des jeunes gens publiées par Régis dans *l'Encéphale*, en 1883. G. Greene croit la marche de l'affection lente chez les jeunes sujets surtout si elle est associée au tabès.

Cet auteur fait remarquer à ce propos que l'hérédité vésanique ne doit pas jouer un grand rôle dans le développement des paralysies générales précoces, ajoutons que dans ces cas M. Joffroy n'a pas trouvé d'hérédité syphilitique.

Étudiant au contraire les paralysies générales à début tardif, Marteret leur assigne une marche rapide dans laquelle la démence survient à brève échéance, les rémissions y sont rares et le pronostic en est grave.

Les rémissions seraient plus rares chez la femme (Crété) (1); nous en rapportons pourtant trois observations et Régis croit la durée de l'affection plus longue chez elle.

1. CRÉTÉ. Thèse, Paris, 1899.

Chapitre VIII

PÉRIODE A LAQUELLE SURVIENNENT LES RÉMISSIONS

Il semble *à priori* que les rémissions doivent se produire d'autant plus souvent que la paralysie générale est moins avancée dans son évolution, d'autant plus que dans ces cas on pourrait classer des malades comme paralytiques généraux qui ne le seraient pas en réalité.

La rémission, dit Klippel (1), apparaît le plus souvent et de beaucoup avant la fin de la première période, elle est déjà plus rare à la seconde, elle est une exception à la troisième.

Magnan et Sérieux parlent aussi de rémissions d'une longueur inaccoutumée à la période prodromique, surtout chez des sujets à antécédents héréditaires vésaniques.

Kraft-Ebing pense qu'elles sont étendues notamment dans les premiers stades de la maladie et peuvent souvent être prises pour des intermissions ou des guérisons.

1. KLIPPEL. Les p. g. progressives.

Rogues de Fursac ne croit aux rémissions complètes que tout à fait au début.

Au commencement, dit Whitmore Steele (1), il y a un trouble de la nutrition variable dans sa durée et causant un désordre fonctionnel des neuromes avec inhibition de leur fonctionnement naturel d'où les troubles précoces ordinaires tels qu'amnésie partielle ou complète, diminution du pouvoir musculaire, insomnie, perversion du sens moral et trouble général des rapports du moi avec son entourage, cette période est celle où les rémissions sont les plus fréquentes et les plus longues pouvant aller dans certains cas jusqu'à une guérison apparente, mais elles sont à peine notées à cette période, les médecins n'étant pas consultés d'une façon assez précoce.

Cliniquement les rémissions ne sont pas aussi complètes ni la rénovation de l'activité cérébrale aussi marquée dans les cas où la rémission survient tardivement dans le cours de la maladie, c'est qu'alors, dit Batty Tuke la limite des modifications de l'activité fonctionnelle a été dépassée.

Au début, dit Gilbert Ballet, les troubles peuvent être passagers et disparaître pendant les rémissions.

Lasègue croit les intermittences rares au début, plus fréquentes à la deuxième période, c'est aussi l'avis de Voisin.

Falret signale les rémissions comme fréquentes à ce moment de l'évolution et pouvant être un mode de

1. WHITMORE STEELE, *Méd. Record.*, décembre 1895.

transition d'entre la deuxième et la troisième période.

De même Dontrebente a observé qu'à une période moyenne de la maladie il se produit un arrêt soudain des symptômes morbides et bientôt une amélioration considérable des troubles psycho-moteurs qui peut jusqu'à un certain point permettre aux malades de reprendre momentanément leurs occupations.

Calmeil qui montre qu'à toutes les périodes on peut observer des rémittences passagères pouvant porter sur chacune des manifestations morbides de la maladie a, le premier, signalé, comme nous l'avons vu, des améliorations chez des paralytiques qu'on juge condamnés à mourir.

Enfin ces lignes de Marcé sont citées partout : « chez des sujets couverts d'escarres arrivés à un degré de marasme et d'épuisement profond ne pouvant se soutenir sur leurs jambes et dans un état de démence complète. »

Dans les observations que nous publions la rémission a lieu environ six mois après le début chez le malade P. R. de Maison Blanche. Le malade M. de M. S. Garnier est sorti huit mois après son entrée et le Dr T... quatre mois après, dans tous ces cas ainsi que chez nos malades S. et M. de Ville-Évrard la paralysie générale était donc proche de son début.

Dontrebente (*Ann. méd. ps.* 78) a relevé les cas suivants :

J. Falret (th., 1853) guérison chez un paralytique général au début.

Morel (*Ann. méd. ps.* 1858) guérison après huit mois de maladie.

Delasiauve 3 cas de guérison après 7 semaines dans une observation après 15 mois dans les deux autres.

Baillarger 2 cas après 57 jours et 3 ans de maladie.

Combes (th., 58) guérison après un an par otite.

Bulard guérison après deux ans (fracture du tibia).

Chapitre IX

DUREE DES REMISSIONS

Un des plus beaux cas de rémission au moins quant à la durée est celui que rapporte Ferrus : (1)

« Un paralytique général étant dans un état cachectique des plus fâcheux eut une rémittence complète et sa guérison se maintint pendant vingt-cinq ans jusqu'à la mort du malade qui fut causée par une affection thoracique. Il n'était resté aucun phénomène pathologique si ce n'est une gêne singulière de la parole, le malade ne bégayait pas mais fréquemment il s'arrêtait avant de commencer un mot et surtout avant de commencer une phrase puis après il reprenait librement son discours.

Malheureusement quoique les médecins de cette époque aient été de grands cliniciens bien des éléments font forcément défaut dans leurs observations et on ne manquera pas d'objecter dans ce cas qu'il s'agissait peut-être d'un pseudo-diagnostic.

Voisin cite une observation de Pinel (2) où la gué-

1. FERRUS cité par LASÈGUE *thèse agrég.*, 1853, p. 72.

2. Société méd. de psych., 2 juin 1858.

raison se maintint sans rechute pendant dix ans jusqu'à la mort du malade.

Le malade de Bonnefons cité par Doutrebente resta quatre ans chez lui entre ses deux séjours à l'asile.

Le malade Schœfer guéri après une fracture de jambe resta six ans valide et mourut de pneumonie. Magnan et Sérieux (1) Raymond et Sérieux (2) pensent que les rémissions peuvent durer de quelques mois à un, deux et quatre ans.

Les rémissions dit Kraft-Ebing (3) peuvent se produire pendant des mois et durer pendant des semaines, des mois et même des années. Doutrebente dans sa thèse emploie presque les mêmes termes.

De même pour Dupré (4) elles durent de quelques mois à quelques années et se prolongent parfois plus de dix ans, puis elles sont suivies de la reprise de l'évolution morbide et de la terminaison fatale.

Larroque pense qu'elles dépassent rarement deux ans et demi.

Les rémissions incomplètes consistant en une atténuation temporaire de tous les symptômes peuvent être courtes, mais elles peuvent persister très longtemps deux ans, quatre ans, et même douze ans, il s'agit alors de paralysies générales vraies qui rétrogradent d'abord pour s'arrêter ensuite au moins temporai-

1. *La paralysie générale*, page 102.

2. Article du traité de BROUARDEL et GILBERT.

3. *Traité clinique de psychiatrie*.

4. *Traité de path. ment.* de G. BALLET.

rement dans leur évolution, (G. Ballet et Rogues de Fursac) (1).

Dontrebente et Marchand (1), ont relaté un cas de paralysie générale à longue durée :

« Malade de 27 ans, entre le 1^{er} septembre 1875, à Sainte-Anne; il a de l'affaiblissement intellectuel, de l'incohérence dans les idées et de l'inégalité pupillaire.

Transféré en mai 1876 à Blois. Dès les premières années de son internement il peut s'occuper à la cuisine de l'asile. Les symptômes persistent mais restent stationnaires. Le malade a eu la syphilis traitée par le mercure pendant un temps très court. Rémission jusqu'en mars 1897 et alors attaques épileptiformes. Convulsions toniques et cloniques. Gâtisme. Coma. Ensuite reste inconscient et gâteux. Troubles de la parole nets et affaiblissement intellectuel pendant deux mois, puis en août nouvelle rémission : ne gâte plus. Mémoire revient. Réflexes rotuliens exagérés. En septembre 1898, perte de connaissance, coma. Mort.

Dans ce cas il n'y a pas eu régression, ni disparition de symptômes, mais seulement arrêt dans leur évolution. On ne dit pas au bout de combien de temps la maladie est devenue stationnaire.

Il est rare de voir la paralysie générale évoluer en deux ou trois ans. Les auteurs qui rapportent cette observation évaluent à trois et six ans au maximum la durée moyenne de l'affection.

1. *Traité* CHARCOT-BOUCHARD, BRISSAUD.

2. *Ann. méd.* ps., 25 mai 1903, p. 103.

Voici une observation de Pisani dans laquelle l'amélioration se maintient pendant sept ans (1).

« Glycosurie prémonitoire...

La dégradation mentale et la confusion du malade étaient arrivées au point qu'il répondait aux questions des paroles inintelligibles et n'ayant pas le sens commun. Les troubles somatiques n'étaient pas moindres.

Le malade avait 35 ans, une amélioration se dessine à partir de décembre 1894 et s'accroît progressivement.

Il est pourtant toujours capricieux, facilement irritable, mais cela est, sans aucun doute, la conséquence de sa constitution psychopathique originelle.

En somme, somatiquement et psychologiquement, le sujet n'est pas inférieur à ce qu'il était avant sa maladie et même sa vigueur et son énergie semblent avoir atteint un degré supérieur à ce qu'elles étaient; en dehors des accès d'asthme nerveux récurrent il n'a aucun sujet de se plaindre de son sort. Cet état dure depuis sept ans. »

Dans les observations de M. S. Garnier que nous publions, les rémissions ont duré six mois et quatre ans. Dans deux cas provenant de Ville-Évrard, l'amélioration s'est maintenue pendant deux ans. La malade P. R., de Maison Blanche, était déjà en rémission, en 1903, il y a trois ans.

1. *Giornale intern. delle scienze med.*, décembre 1900.

Chapitre X

QUELS SONT LES SYMPTÔMES QUI DISPARAISSENT PENDANT LES RÉMISSIONS ?

Nous devons nous demander quels sont les symptômes qui, pendant les périodes de rémission, disparaissent le plus souvent, et s'il en est qui ne s'atténuent jamais; nous serons conduit à examiner si les rémissions sont complètes ou non. Cette question a été longuement débattue par Baillarger qui, à maintes reprises, y est revenu. Pour cet auteur les rémissions ne sont pas autre chose que la guérison de l'accès maniaque avec persistance des premiers signes de la démence paralytique. Il en est de même pour les rémissions dans les formes mélancoliques ou monomaniaques. Pour lui dans les cas où l'invasion de la démence a été rapide, il peut y avoir persistance de symptômes plus ou moins graves de paralysie générale ou signes de stupeur ou intelligence affaiblie et mémoire atteinte, plus rarement rémissions avec signes graves de démence sans symptômes de stupeur, si au contraire, l'invasion

de la démence a été lente et progressive, il peut y avoir guérison du délire sans rémission véritable.

Baillarger écrit d'ailleurs en parlant des rémissions : « cet état se résume en ces deux faits : cessation du délire et persistance de la démence ». Pour lui les rémissions toujours incomplètes ne sont que la guérison de l'accès de manie ou de mélancolie. Klippel croit également que le délire peut s'effacer en laissant persister quelques signes physiques, ceux-ci s'améliorent, parfois, mais c'est plus rare. Voisin admet, au contraire, qu'il y a rémission aussi bien pour les troubles somatiques, Féré également.

Plusieurs auteurs, Ballet, André, Rogues de Fursac croient fréquentes les fausses rémissions avec persistance des symptômes de démence et de paralysie et disparition de l'état délirant surajouté seulement.

Kraft-Ebing ne croit pas aux rémissions complètes. D'après lui, on observe des signes de faiblesse mentale, des conceptions troublées, une grande facilité à subir un ascendant, une plus grande excitabilité, toutes sortes d'anomalies de caractère en même temps que le malade ne reconnaît qu'incomplètement le caractère morbide de la période de maladie qu'il a traversée.

La physionomie aussi demeure changée, morbide dans la plupart des cas. Des troubles moteurs, de légers accès de vertige et de congestion se montrent par-ci, par-là et dénotent la continuité de l'existence d'altérations graves du cerveau. Foville fils croit les rémissions rarement complètes et ajoute qu'à chaque rechute, le malade tombe plus bas pour se relever moins haut.

Magnan et Sérieux étudient les signes qui persistent ou disparaissent dans les différentes périodes. A la période prodromique l'inégalité pupillaire, les accroc de la parole peuvent être les seuls symptômes persistant. A la période de début, il reste une diminution de la mémoire, de l'intelligence, une modification du caractère ou des allures qui se traduisent par de l'optimisme de l'indifférence, de l'irascibilité. A la période d'état, d'après ces auteurs, il persiste un notable affaiblissements intellectuel.

Pour Sandras quand la paralysie générale s'arrête dans son cours les fonctions subissent progressivement une amélioration inverse des phénomènes d'aggravation et retournent lentement vers la santé.

Si nous passons quelques points spéciaux en revue nous voyons la persistance de l'embarras de la parole signalée par Marcé, par Rey, et coexistant dans le premier cas avec un peu d'embompoint, dans le second avec une légère inégalité pupillaire. La disparition de cet embarras de la parole est noté à la date du 13 août chez notre malade L.-H... du Mans.

E. Fournier (thèse, 1895) insiste sur la précocité du tremblement de la langue et sa permanence au cours des rémissions (cité par Dupré). Il persistait dans l'observation de Baruk que nous rapportons.

Dans les rémissions, dit Antheaume, il y a, en règle générale, persistance d'altération marquée dans l'état des réflexes. Marandon de Montyel a signalé une diminution de la sensibilité algésique qui peut être aussi normale ou plus rarement exaltée; parfois il y a retard

de la sensibilité dans la perception douloureuse. Ces troubles peuvent persister pendant les rémissions. Au contraire les modifications de la sensibilité tactile, c'est-à-dire l'hypoesthésie, l'anesthésie, la localisation imparfaite des contacts céderaient pendant les rémissions. Cité par G. Ballet et Rogues de Fursac.

Dans les cas où il y a des hallucinations elles disparaissent pendant les rémissions (Rieu, Baruk).

Les thèses de Faure et de Écart concluent d'une façon à peu près analogue dans leur classification des rémissions. Écart, en particulier, mettant à part les rémissions de courte durée divise les autres en véritables et en partielles. Les premières peuvent porter sur les démentes et sont caractérisées par la disparition des troubles vésaniques ou sur les formes vésaniques avec atténuation des symptômes moteurs, dans les deux cas elle peuvent être complètes ou incomplètes, partielles ou totales.

Dans les rémissions partielles il peut y avoir persistance des troubles moteurs seuls (embarras de la parole, (Ferrus) tremblement fibrillaire et affaiblissement musculaire, troubles oculaires) ou des troubles intellectuels seuls (affaiblissement de l'intelligence et de la mémoire, troubles du caractère). Weygandt a même vu disparaître les troubles pupillaires, qui persistaient dans le cas de la malade P. R...Maison Blanche laquelle pourtant était dans un état très satisfaisant.

Pisani croit à la possibilité de voir s'améliorer les troubles oculaires, le tremblement, les désordres moteurs et même les plus graves phénomènes somatiques et psychiques.

Chapitre XI

MEDECINE LEGALE

Si on a donné à la première période de la paralysie générale le nom de période médico-légale, les rémissions qui surviennent au cours de cette maladie peuvent aussi soulever de très grandes difficultés ; on peut appliquer aux paralytiques généraux en rémission ce que Weygandt et Roubinovitch disent de certains intermittents qui « font à la légère des achats, des contrats, des dons, des legs ruineux ; d'autres se livrent au vagabondage, commettent toutes sortes de scandales, de délits contre les mœurs » ; ces auteurs parlent d'ailleurs à propos des rémissions dans la paralysie générale des héritiers trop pressés, des associés désireux d'être seuls maîtres d'une entreprise qui protestent contre ces rémissions ; ils sont d'avis qu'en pareil cas il faut tenir compte du degré d'amélioration, de sa durée, de l'imminence toujours possible d'une rechute avant de se prononcer sur la mise en liberté du malade et sur la levée du conseil judiciaire et de l'interdiction.

Cette question de la responsabilité des aliénés dans leurs intervalles lucides avait été posée par Paul Zacchias au ^{xvii}^e siècle, et Legrand du Saulle avait déjà attiré l'attention sur ce fait que des malades ont été souvent punis avec sévérité pour des actes attentatoires à la morale ou des outrages publics à la pudeur ; il est probable, ajoute Doutrebente, qu'au moment du jugement ces paralytiques étaient en rémission et ont paru alors responsables d'actes commis antérieurement sous l'influence de propensions instinctives ou d'impulsions morbides agissant en dehors du concours de la volonté.

Foville rapporte un cas de ce genre ; il s'agit d'un homme arrêté pour tentative de viol : « P... a été en proie à une période délirante à laquelle l'acte incriminé doit être attribué, mais les premiers jours de sa prévention une fois passés il n'a plus rien dit ni fait qui fût déraisonnable. En présence d'une semblable constatation il n'était permis ni de condamner un homme qui avait agi sous l'influence du délire, ni de séquestrer un homme qui ne délirait plus. P... fut donc remis en liberté ; mais au bout de peu de jours il fut ramené à l'asile en proie à un état maniaque des plus intenses. » La rémission avait coïncidé, comme le fait remarquer l'auteur, avec l'absence de causes extérieures d'excitation, c'est-à-dire avec le séjour en prison, ce qui compliquait le problème soumis aux médecins experts.

En 1855, Baillarger, parle des malades qui, s'ils sont séquestrés, réclament leur liberté, s'ils ont été pourvus d'un conseil judiciaire ou interdits demandent à rentrer dans la plénitude de leurs droits. Baillarger, ne

croit pas qu'on puisse dire comme Bayle, que ces malades sont raisonnables ou comme Lasègue, qu'ils sont momentanément guéris, il les croit incapables de résister aux influences et aux obsessions, et les considère comme atteints de cette faiblesse d'esprit à laquelle nos codes ont assigné une sorte de place intermédiaire entre la raison et l'imbécillité ; il n'est pas d'avis qu'on leur rende la direction des intérêts de leur famille.

Legrand du Saulle, s'est demandé si l'aliéné pouvait tester pendant les intervalles lucides : « Nos lois, dit-il sont muettes sur ce point, mais les magistrats, chargés de leur interprétation, n'en valident pas moins les actes civils contractés ou consentis pendant les intercurrentes de calme ou de raison indubitables et ayant eu une durée suffisante pour que leur constatation réelle ait été à l'abri de tout soupçon. » Lutaud, croit que malgré la rémission la plus franche le paralytique général est rarement à même d'exprimer ses dernières volontés.

Schils, dans sa thèse, considère le paralytique en rémission comme un être faible, frappé de débilité mentale et qui n'est apte ni à administrer ses biens ni à tester, s'il commet un crime ou un délit, il doit être considéré comme irresponsable.

Le professeur Brouardel qui, dans son livre, « le Mariage », cite une intéressante observation de rémission chez un jeune avocat, rappelle qu'en 1884, Louis Guillot, député, ayant demandé que l'aliénation soit une cause de divorce, opinion admise par Legrand du Saulle et Luys, il fut d'avis contraire ainsi que Blanche

et Lasègue, étant donné les cas de guérison et de rémission prolongée.

Cette dernière opinion l'emporta.

La thèse de Lionet, contient un bon résumé de la question ; il remarque, à propos de l'étude des rémissions qu'en Angleterre, on a surtout envisagé les questions, civiles et on est très porté à ne tenir aucun compte des écrits des malades, dont nous parlons, et de leur signature quand il s'agit de sauvegarder les intérêts d'une famille.

En France, on s'est surtout intéressé aux questions criminelles et on a déclaré les malades : 1° responsables ou non suivant les époques où ils sont observés ; 2° responsables dans le même moment de certains actes sans l'être de certains autres suivant que ces actes étaient ou non en rapport avec leurs idées malades.

Lionet ne croit pas qu'il y ait lieu de rechercher si à tel moment, le malade a été sous l'empire de sa maladie ; pour lui tout individu qui commet des actes délictueux et qui est soumis à un état psychopathique doit être déclaré irresponsable ; il veut l'irresponsabilité complète pour les rémissions de courte durée avec traces de l'affection, mais admet la responsabilité et ne demande que les circonstances atténuantes pour les malades en rémission prolongée, complète et vraie qui doivent être considérés seulement comme faibles d'intelligence.

C'est à peu près la reproduction de l'opinion de Falret qui n'était pas partisan de la responsabilité partielle des aliénés.

Rappelons ici l'article 512 du Code civil ainsi conçu :
« L'interdiction cesse avec les causes qui l'ont déterminée, néanmoins la mainlevée ne sera prononcée qu'en observant les formalités prescrites pour parvenir à l'interdiction et l'interdit ne pourra reprendre ses droits qu'après le jugement de mainlevée. »

Voici maintenant une circulaire récente du ministre de la justice : « La commission rogatoire devra demander au médecin de dire :

1° Dire si l'inculpé était en état de démence au moment de l'acte, dans le sens de l'article 64 du Code pénal;

2° Si l'examen psychiatrique et biologique ne révèle point chez lui des anomalies mentales ou psychiques de nature à atténuer dans une certaine mesure sa responsabilité.

L'article du Code pénal auquel cette circulaire fait allusion est ainsi conçu :

Art. 64. — Il n'y a ni crime ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au moment de l'action ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister.

Les codes étrangers contiennent presque tous des dispositions analogues.

S'il nous est permis d'avoir une opinion sur cette question, ce sera pour considérer les paralytiques généraux comme irresponsables, même quand ils sont en rémission, car ils n'en continuent pas moins à avoir un cerveau atteint de lésions et, comme nous l'avons vu, les rémissions sont souvent incomplètes, quelques

symptômes persistent indiquant que le malade n'est pas revenu à l'état normal.

M. Leroy nous faisait remarquer que dans tout problème médico-légal il y a deux termes à envisager : le malade et l'acte. Un homme en apparence sain d'esprit pouvant faire un acte nettement déraisonnable, tandis qu'un autre plus malade pourra accomplir un acte coordonné et préalablement mûri comme un testament.

Chapitre XII

CAUSES DE RÉMISSIONS

Traitement.

Il nous faut examiner les causes qui peuvent influencer la marche de la paralysie générale, la rendre stationnaire et produire les rémissions.

Nous verrons d'abord quels phénomènes naturels peuvent avoir une heureuse influence, ensuite quel traitement peut être considéré comme efficace.

Parmi les incidents survenants spontanément et pouvant amener une guérison on a surtout étudié les *suppurations*.

Esquirol pensait que la guérison des maladies mentales était trompeuse et passagère sauf lorsqu'elle est déterminée par quelques phénomènes critiques.

Ce rôle des suppurations est un fait qui semble indiscuté, l'interprétation seule varie.

Bouillaud (1), relate un cas de guérison chez une

1. BOUILLAUD, De l'encéphalite, 1820, p. 88.

infirmière de 46 ans à la suite d'un phlegmon de la région lombaire.

Dans la thèse de Fabre (Paris, 1832) on trouve une rémission après une contusion qui amena une fonte purulente de la jambe droite et son amputation.

Morel (1), rapporte un cas de guérison après huit mois de maladie à la suite d'abcès du foie. La même année Foville (2), cite une guérison survenue à la suite d'un grand nombre de plaies.

Laffite (*Arch. clin. mal. ment.*) décrit un cas analogue.

Nous trouvons dans la thèse de Combes, 1858, un cas de guérison, occasionné par un écoulement purulent des deux oreilles.

Baillarger (3) parle d'une guérison survenue après amputation et suppuration de la jambe, l'amélioration durait depuis cinq ans.

Bonnefons (*Ann. méd. ps.*, mai 69) insiste sur l'histoire suivante :

Un malade atteint de paralysie générale guérit rapidement sous l'influence d'un bain prolongé de quinze jours. La guérison fut si parfaite que le malade fut rendu à sa famille (1863); il a pu reprendre son commerce important et le bien gérer; mais en 1867 il donna de nouveau des signes de paralysie générale. Cet individu était en simple rémission.

1. MOREL, *Ann. méd. ps.*, 1858.

2. FOVILLE, *Ann. méd. ps.*, 1858, p. 378.

3. BAILLAGER, *Traité des mal. ment.* de Griesinger, p. 686.

Doutrebente (1) attribue cette rémission non aux bains, mais à une brûlure considérable que s'était faite le malade en voulant s'enfumer.

Le rôle des suppurations est encore signalé par Voisin, G. Ballet, Dupré, Régis, Raymond et Sérieux dans leurs traités, Fabre (2); Mabilie (3) l'ont également noté; Thierry en a fait l'objet de sa thèse.

Nous ne croyons pas inutile de citer quelques observations, les faits ayant toujours leur intérêt.

En voici deux de Christian (4) :

X..., gendarme, 32 ans. Agitation maniaque intense. Paralyse générale au début. Panaris grave et phlegmon de la main.

Amélioration remarquable qui se prolonge pendant sept mois et permet à la famille de retirer le malade.

Quand il quitta l'asile, dit l'auteur, je ne le considérai pas comme guéri, il lui restait une certaine puérilité dans les idées, une grande facilité à verser des larmes, mais tous les symptômes somatiques avaient disparu et la femme du malade m'assura que son mari avait toujours été un peu enfant.

Voici la relation du deuxième cas :

Paralysie générale au début. Garde forestier, 46 ans. Agitation maniaque. Plaies graves aux bras et aux jambes. Suppuration prolongée. Calme depuis plusieurs mois. Disparition des signes physiques de la paralysie générale.

1. DOUTREBENTE. *Thèse*, 1870.

2. *Congrès neur. All. sud-ouest*, 1903.

3. MABILIE. *Ann. méd. ps.*, 1881, 6^e série, t. V, p. 64.

4. CHRISTIAN. *Ann. méd. ps.*, 1880, p. 224.

Cas de Schaefer (*Allg. Zeits. fur Psych.*, t. LIII).

Un syphilitique présente après une période d'exaltation maniaque du myosis, l'abolition des réflexes rotuliens, de la maladresse des mouvements, des parésies, un délire des grandeurs caractéristique. Au bout d'un an et demi de maladie. il sort de l'Asile, mais quelques semaines après nouvel accès d'excitation pendant lequel il se fracture la jambe. Après une longue suppuration qui nécessita l'amputation le malade guérit.

Il resta tout à fait sain d'esprit pendant six ans. Les signes physiques avaient complètement disparu.

Mort de pneumonie.

L'auteur considère ce cas comme une guérison de la paralysie générale.

Koestel a signalé des rémissions succédant à la vaccination, Chiaruggi, Meriggi, Nasse et Schlage en ont vu après la variole, Macleod après l'érysipèle.

Lunier (1) a vu de même une guérison après un érysipèle du pied. Esquirol après un flux hémorroïdal.

Ferrus après une atteinte de scorbut (Th. de Baume).

Doutrebente a vu une rémission coïncider avec un début de grossesse (il y avait eu aussi plaies du coude).

Mendel a observé, au contraire, dans un cas semblable une aggravation, de même dans deux cas de tuberculose. Les ictus sont rarement favorables (Arnaud).

Chatelain et Sponholtz n'ont d'ailleurs soutenu que les maladies intercurrentes sur la paralysie générale.

Le rôle favorable du traumatisme a été étudié dans

1. Cité par DOUTREBENTE. *Ann. med. psych.*, 70, page 179.

les thèses de Vallon 1882 et de Viollet 1905, et par M. le Dr A. Marie (1).

Castriotis (thèse) croit que les maladies incidentes favorables sont surtout celles qui agissent à distance, loin de l'encéphale sans causer chez les malades ordinaires de troubles nerveux ou mentaux ; il attribue le résultat bienfaisant des traumatismes à leur action révulsive et congestionnante.

Il était légitime de penser que les **suppurations provoquées artificiellement** à l'aide de sétons ou de cautères pourraient avoir également de bons résultats. M. Leroy nous a dit avoir été satisfait des essais tentés par lui dans ce but. Au contraire M. Marandon de Montyel n'aurait observé de bons résultats qu'après des suppurations spontanées, c'est-à-dire non thérapeutiques.

Peut être s'agit-il d'un fait de rémission provoqué par un cautère dans une observation de Willis (2) et dans une autre de Dubuisson (3) après un séton à la nuque.

Delasiauve-Blakllangen a eu recours au séton et aux ventouses (4).

Ecart cite Bouilland, Trélat et Meyer comme ayant observé des suppurations thérapeutiques. Dans le cas de Trélat (5) il s'agit d'un large séton à la nuque.

Régis (cité par Vrain) a vu une amélioration coïnci-

1. MARIE ET VIOLLET. *Société med. psych.*, 29 mai 1905.

2. WILLIS. *De anima brutorum pars Tao*, Cap. 9, page 192.

3. DUBUISSON. *Traité des résanies*, p. 255, 1816.

4. VOIR BAILLAGER. *Traité des mal. ment.*, p. 690.

5. TRÉLAT. *Am. méd. ps.*, 1845.

der avec l'action révulsive d'un séton. (*Encéphale*, 1883).

Robin conseille encore aujourd'hui les pointes de feu sur la nuque, les vésicatoires à distance, le séton.

Ballet s'en tient aux pointes de feu. Il conseille la ponction lombaire qui diminue la pression.

Actuellement on a tenté d'expliquer ces faits et d'en tirer partie au moyen des découvertes modernes.

L'antique séton n'étant plus guère employé on a tenté l'inoculation de cultures mortes de streptocoques. On faisait jadis appel à la théorie des métastases pour expliquer les faits d'amélioration causés par des suppurations ; on peut s'en faire aujourd'hui une idée plus précise avec nos connaissances sur la phagocytose qui se trouve excitée par une suppuration locale.

Nous allons voir bientôt qu'on a donné du corps thyroïde aux paralytiques généraux.

Eloy étudiant la méthode de Brown-Séquard (1), dit que Mairet a constaté la guérison d'une paralysie générale après trois séries d'injections de suc testiculaire, séparées par un intervalle de trois semaines ; la maladie, dit l'auteur, était de forme bâtarde avec dépression intellectuelle, hébètement, inertie générale, paresse des sphincters, etc. Le cas est resté unique.

On pourrait également essayer la médication ovarique (Alaïze).

M. Mac Hardy, médecin de l'asile de Stafford, rapporte deux observations de rémission obtenue chez des

1. ELOY, La méthode de BROWN-SÉQUARD, p. 149.

paralytiques généraux par la dose quotidienne de trente centigrammes à un gramme d'urotropine.

Bruce rapporte qu'il a obtenu une amélioration par l'injection chez un paralytique du sérum d'un autre paralytique qui était en rémission.

La grosse question est de savoir si on doit ou non donner du **mercure** aux paralytiques généraux ; quelques auteurs sont très partisans du **traitement anti-syphilitique**, plusieurs font des réserves, beaucoup sont convaincus de la complète inutilité de cette méthode.

Le professeur Fournier, qui pense que « l'incurabilité par le traitement spécifique n'est en rien l'équivalent de la non-spécificité syphilitique », arrive à cette conclusion : « très souvent la paralysie générale est heureusement modifiée dans son évolution par le traitement spécifique. Celui-ci doit être intensif. Les injections de calomel sont réellement efficaces. »

Donath (cité par Lervis Allen) dit qu'il a produit une amélioration marquée chez six paralytiques par injection de doses massives d'une solution complexe de sels.

Marchand a obtenu des améliorations par l'injection intrarachidienne de biiodure de mercure.

Devay, sur soixante-dix malades traités par le mercure et l'iode, a vu chez vingt et un un véritable arrêt de l'infection tantôt au point de vue somatique, tantôt au point de vue psychique, tantôt enfin, mais plus rarement, au point de vue des troubles mentaux et physiques.

Dana est d'avis de donner du mercure *larga manu* au

début et beaucoup d'eau, intus et extra ; à ce propos Pierre Clark estime que la curabilité de la paralysie générale tient à la précocité du diagnostic, celui-ci étant actuellement trop tardif.

Régis a obtenu des rémissions plus ou moins durables et incomplètes par le mercure et l'iodure de potassium.

Quant à Leredde, il croit que toutes les paralysies générales ne sont peut-être pas de nature syphilitique ; mais selon lui les insuccès du traitement mercuriel dans le tabès et la paralysie générale sont surtout dus à un traitement trop tardif et insuffisant et il prescrit les injections mercurielles à haute dose, il croit que la dose est tout et le sel rien. Ce n'est pas l'avis de Lépine.

Lemoine et Carrière ont de même obtenu de bons résultats de l'emploi du benzoate de mercure, surtout dans les formes à marche rapide. Les autres sels n'ont jamais donné de succès comparables.

Carl Spengler (1) soigne ses paralytiques en leur faisant porter une toile de mercolint imbibée de sels de mercure ; il emploie en même temps le traitement thyroïdien. Il n'y a eu que deux cas traités ainsi.

Nous allons voir maintenant les opinions des adversaires du traitement antisiphilitique et de ceux qui le jugent pour le moins inutile.

M. Gilbert Ballet qui a bien voulu nous donner son opinion sur ce sujet est résolument hostile, comme

1. Communication de LEMOINE. Des résultats du traitement mercuriel intensif appliqué à la paralysie générale et au tabès.

Robin(1), à l'emploi de l'iodure de potassium à cause de ses effets congestifs et il fait des réserves sur le traitement mercuriel. M. Leroy a eu l'obligeance de nous communiquer une observation dans laquelle le traitement mercuriel a précipité l'évolution des accidents, la maladie était tabétique et sous l'influence d'injection d'huile grise les symptômes cérébraux se sont accrus.

M. le Dr Samuel Garnier, qui nous a donné deux observations de rémission sans traitement mercuriel, a vu deux cas où le traitement mercuriel ayant été employé la maladie a marché très rapidement vers la mort, dans un troisième cas la cessation du traitement mercuriel a coïncidé avec une diminution de l'acuité des symptômes.

Le professeur Joffroy est d'avis qu' « on observe une marche plus rapide des accidents chez les malades qu'on s'obstine à traiter énergiquement par le traitement antisypilitique, les rémissions ne sont pas non plus fréquentes chez les malades soumis au traitement que chez ceux à qui on ne donne ni mercure ni iodure de potassium. » C'est aussi l'opinion de Sérieux et Farnarier (2), de Christian qui ne comprend pas qu'on s'obstine à donner du mercure puisqu'on n'a jamais eu de guérison par son emploi.

Au Congrès français de médecine de 1904 Lannois

1. ROBIN. Traitement de la paralysie générale *Bull. thérap.*, 23 avril 1901.

2. SÉRIEUX ET FARNARIER. *Soc. méd. des hôp.*, 2 nov. 1899.

(de Lyon) s'exprime ainsi : « Les injections mercurielles pas plus que tout autre mode de mercurialisation ne peuvent guérir certaines manifestations syphilitiques qui, par leur nature histologique, (nécrose, substitution le sclérose au tissu détruit) sont inaccessibles^e au traitement. » Aussi leur nie-t-il une grande influence thérapeutique dans certaines affections même syphilitiques ou parasymphilitiques du système nerveux. Dans certains cas même le mercure peut avoir une influence fâcheuse.

C'est encore l'opinion de Margain, de Lewis-Allen.

R. Stanziale (1), a noté l'entrée en scène d'attaques épileptiformes et apoplectiformes après le traitement mercuriel.

Dupré dit qu'il n'a jamais vu le bénéfice du traitement mercuriel, il en a parfois constaté l'innocuité et souvent observé les inconvénients et le danger.

Marie, Christian, ont vu les manifestations syphilitiques coexistant avec la paralysie générale être favorablement influencées par le traitement mercuriel tandis que celle-ci restait stationnaire. Trenel cite un cas où l'affection paraît avoir reçu un coup de fouet sous l'influence de l'iodure de potassium et de l'hypochloruration ; dans un autre cas elle resta seulement stationnaire.

M. le Dr Mabile, directeur de l'asile de Lafond, a bien voulu nous faire profiter de son expérience : « Je n'ai noté, dit-il, aucune rémission survenue à la suite d'injection de mercure et du traitement ioduré à hautes

1. R. STAUZIALE. *Ann. di Neurologia*, 1904.

doses. Dans la grande majorité des cas j'ai noté au contraire une tendance à l'amaigrissement du malade et j'ai dû cesser le traitement. Il convient d'observer que les malades paralytiques généraux nous arrivent à une période déjà avancée de la maladie. Toutefois, dans ma clientèle privée je n'ai pas été plus heureux lorsque j'ai institué le traitement au début.

Dans un seul cas les injections mercurielles ont été suivies de succès mais il s'agissait d'une syphilis cérébrale avec troubles délirants, paralysie du moteur oculaire commun, etc., qui avaient fait porter le diagnostic de paralysie générale par plusieurs confrères et que l'étude et l'analyse de l'affection nous ont fait assez rapidement ranger dans un autre groupe nosologique. »

La plupart des auteurs préconisent en somme une bonne hygiène et le repos. M. Dupré supprime l'alcool ce qui amène une sédation symptomatique temporaire plus ou moins marquée ; et il range parmi les traitements inutiles : l'arsenic, l'ergotine, l'iodure, l'opothérapie, les sétons, les vésicatoires.

M. Robin préconise : 1° la médication arsénicale comme modératrice du système nerveux et de la nutrition en général ; 2° les laxatifs et les drastiques qui font une dérivation utile ; 3° la révulsion cutanée : pointes de feu sur la nuque, vésicatoires à distance, séton.

M. Marandon de Montyel emploie aussi l'arsenic joint au quinquina et au phosphate de chaux.

Martial veut, pour les paralytiques, le retour à une vie plus normale, plus calme, plus paisible.

Sardain, dans sa thèse, demande aussi l'isolement et l'internement précoce dans une maison de santé capable de procurer le repos cérébral, le calme absolu.

Mairet et Vires ont obtenu une amélioration par les reconstituants, les bains sulfureux, les toniques, en particulier le quinquina combiné aux sédatifs.

Lewis Allen associe le traitement tonique général à une hydrothérapie prudente, il conseille aussi d'éviter les excès alcooliques et sexuels.

Klippel résumant les indications du traitement conseille : 1° l'hygiène, le repos et l'isolement ; 2° une médication symptomatique suivant la dépression, l'agitation, les complications ; 3° des médicaments régulateurs de la circulation cérébrale (KI, NaBr) ; 4°, la dérivation qui peut s'obtenir par les cautères, les sétons, les purgatifs ; 5° enfin, la trépanation a pu donner quelques résultats passagers.

Enfin Roubinovitch (in Debove et Achard) préconise à la période prodromique le repos, à la période d'état, les révulsifs, les sédatifs. Il étudie tour à tour le traitement pathogénique : les interventions chirurgicales, le traitement hygiénique et les indications posées par les complications.

On peut donc conclure avec Dupré et Mairet que le rôle du médecin sera de provoquer des rémissions par une bonne hygiène physique et morale et d'éviter ou de traiter les complications. Un régime végétarien éliminera les toxines en faisant fonctionner les reins et le foie.

Chapitre XIII

ÉTUDE CLINIQUE

L'étude clinique des rémissions dans la paralysie générale est très difficile, en ce sens qu'elle exige une grande et longue expérience car il faudrait que le même observateur note l'évolution des symptômes, leur disparition ou leur apparition et qu'il puisse comparer plusieurs cas étudiés de la même manière. Au contraire, quand on examine plusieurs observations prises par des auteurs différents on trouve tel fait signalé dans quelques-unes et complètement passé sous silence dans les autres. Enfin la plupart des cas publiés jusqu'à ce jour ne contiennent pas les indications nécessaires sur bien des points d'étude récente, comme l'examen du liquide céphalo-rachidien, soit que les observations soient antérieures à ce genre de recherches, soit que leurs auteurs n'aient pas eu la compétence ou l'outillage nécessaires pour les mener à bien.

Depuis le mois de février nous avons examiné à l'asile de Ville-Évrard soixante-treize paralytiques géné-

raux ; sur ce nombre le diagnostic pourrait être discuté dans une dizaine de cas. Dans six dossiers il est question d'amélioration ou de rémission ; malheureusement les certificats n'étant pas très explicites il nous a été impossible de savoir quel était l'état des malades à leur sortie de l'asile et quelle a été leur histoire pendant leur absence.

Voici ces cas :

Observation 1. -- L., 39 ans, entre le 6 janvier 1905, avec le certificat suivant de M. le Dr Landrieux : « Paralyse générale progressive (perte de la mémoire avec inégalité pupillaire, signes d'Argyll Robertson, lymphocytose céphalo rachidienne) idées délirantes. »

A Sainte-Anne, M. Magnan note : « Paralyse générale avec idées de satisfaction conscience très incomplète de sa situation, hésitation de la parole, inégalité pupillaire. »

Le 6 mars 1905. — M. Marandon de Montyel le déclare « dans un état de rémission permettant de le rendre à sa famille ».

Le malade retourne le 30 janvier 1906 ; à ce moment il est incohérent dans ses propos et inconscient de ses actes allant jusqu'à sortir complètement nu de son domicile.

Cette rémission aurait donc duré dix mois.

Le 15 février 1906. — Le malade ne sait ni où il est, ni depuis combien de temps, ni son métier, ni quoi que ce soit. Il répète les phrases quand on le lui demande avec accroc et changements. Ne paraît pas avoir d'idées de satisfaction. Il nie la vérole et l'alcoolisme, l'interrogatoire apprend d'ailleurs peu de chose. Parole embarrassée, hésitante, inconscience pres-

se croit en possession de millions qu'il va toucher à la Banque de France.

En 1903 le 2 mai M. le Dr Vigouroux fait ce certificat : « paralysie générale avec démente et euphorie. Après avoir été alité et gâteux dans les premiers mois de son admission il a présenté une rémission, et depuis près de deux ans, il est en état de s'occuper aux travaux du ménage. »

Nous voyons ce malade le 12 février 1906, il bredouille sans cesse, parle avec la plus grande difficulté pour dire son nom, i trouve plus commode de l'écrire ce qu'il fait d'ailleurs avec peine, il semble encore avoir quelques idées de grandeur mais il est difficile de l'interroger. Inégalité pupillaire. Réflexes oculaires abolis. Réflexes rotuliens nets

Depuis cette date l'état ne s'est guère modifié, il y a du tremblement de la langue et des doigts. Le malade répond aux questions, il sait son âge et son nom.

Observation 5. — M., bijoutier, 33 ans. Amélioration pendant deux mois.

« Paralyse générale avec idées de satisfaction et de persécution. Excitation passagère. Inégalité pupillaire, hésitation de la parole ». Magnan, 13 avril 1905.

Sort le 23 octobre 1905, amélioré.

Retourne le 4 janvier 1906 à l'asile avec idées de persécution, agitation, hallucinations.

Actuellement troubles de la parole très accentués. Est très long à répondre, a sans cesse l'air inquiet. Pupilles inégales et étrécies.

Observation 6. — S., 42 ans, peintre en bâtiments, entre le 24 janvier 1903. Est sorti de l'asile pendant deux ans, à ce

moment : paralysie générale avec excitation, idées ambitieuses, propos incohérents, hésitation de la parole, inégalité pupillaire. »

Le 16 mai 1903. — M. Marandon le considère comme très amélioré, pouvant travailler et gagner sa vie. Retourne en 1905 le 31 août avec le certificat suivant : « Paralysie générale, oublie des notions élémentaires, actes démentiels, attaques congestives récentes. Amnésie. Ralentissement, hésitation et accrocs de la parole. Inégalité pupillaire. Réactions presque nulles. Réflexes rotuliens diminués et inégaux. Déjà soigné. Sorti en rémission.

Signé : DE CLÉRAMBAULT.

Le malade a de plus des préoccupations hypocondriaques. Interrogé le 16 février, S., sait où il est mais ne sait pas pourquoi. Il répond aux questions simples. Ne peut répéter les phrases sans accrocs. Tremblement étendu de la langue et des doigts. Légère inégalité pupillaire. Réflexes conservés à la lumière et à la distance. Coliques de plomb autrefois.

Léger alcoolisme. Nie la syphilis.

Actuellement en juin cet état persiste. Les réflexes rotuliens sont normaux.

Dans ces six cas nous voyons donc une rémission pendant deux ans dans le cas de M...(n° 4), une autre également nette, celle de S... qui est resté deux ans dehors. Les autres cas sont moins nets, ils peuvent pourtant contribuer à montrer que la paralysie générale n'a pas une marche régulièrement progressive, mais même en faisant entrer nos six cas en ligne de compte, comme nous avons examiné soixante-treize malades, cela ne fait

qu'un cas sur douze dans lequel on observe des temps d'arrêt dignes d'être notés et si nous considérons qu'il ne s'est probablement agi de rémission véritable que dans deux cas, cela nous donne une proportion de 1 pour 36.

Observation 7. — Due à l'obligeance de M. le Dr BOUDRIE, médecin en chef à Maison Blanche.

Malade en rémission depuis trois ans.

P... R., entre à Maison Blanche le 7 mars 1902, domestique, âgée alors de 32 ans, à Paris depuis douze ans à peu d'instruction.

Antécédents héréditaires. — Inconnus.

Voici les certificats qui ont été rédigés à son sujet : « Paralyse générale, affaiblissement des facultés intellectuelles, idée de satisfaction, embarras de la parole. Mydriase. Série d'actes inconscients. S'était armée d'une hache et d'un couteau et en menaçait les locataires. »

GARNIER, 6 mars 1902.

M. Magnan note de l'inégalité pupillaire.

M. Taguet confirme les symptômes précédents, et remarque une légère excitation.

Le 23 mars 1902. — M. le Dr Boudrie délivre le certificat de quinzaine en ces termes : « paralysie générale avec affaiblissement des facultés intellectuelles, idées incohérentes, puériles, contradictoires de satisfaction personnelle. Prétend avoir économisé 100 francs en quinze jours en gagnant 3 francs par jour Mydriase et inégalité pupillaire. Hésitation de la parole à maintenir. »

On voit maintenant l'amélioration se produire.

Le 9 août 1902. — M. le Dr Boudrie s'exprime ainsi : « est atteinte de paralysie générale avec léger affaiblissement intellectuel, idées de persécutions confuses et de satisfaction personnelle, conscience incomplète de ses actes et de sa situation. Légère excitation par intervalles. Mydriase et inégalité pupillaire. Hésitation de la parole moins marquée qu'à l'arrivée mais persistante. »

Le 12 septembre 1902. — Le Dr Taguet la déclare en rémission.

Le 28 mai 1903. — Voici quel était son état : « paralysie générale avec affaiblissement des facultés intellectuelles, idées confuses de persécution et de satisfaction personnelle. Cette malade est actuellement dans un état de rémission incomplète mais n'en reste pas moins incapable de se conduire au dehors et de gagner sa vie d'autant plus qu'elle n'a personne qui puisse s'occuper d'elle et qu'elle s'est montrée dangereuse en menaçant ses voisins de hache et de couteau dont elle s'était armée. Le traitement sera de longue durée » (Boudrie).

Les termes de ce certificat sont même plutôt sévères et cela à cause de cette considération que la malade sans famille serait livrée à elle-même.

Nous avons vu cette malade le 26 février 1906.

Elle ne reconnaît pas avoir eu d'idées délirantes, elle proteste contre son entrée ici qu'elle attribue à la malveillance de sa concierge. Elle présente des lésions assez avancées de tuberculose pulmonaire qui ne remontraient pas, selon elles au delà de son séjour ici. Il ne semble pas y avoir d'idées de grandeur, peut-être cette femme a-t-elle d'elle-même une opinion un peu optimiste, il lui échappe des mots assez grossiers pour parler à quelqu'un qu'elle n'a jamais vu.

En lui faisant répéter les phrases consacrées on ne trouve pas de troubles de la parole, mais la mémoire semble affaiblie. Les notions de temps et de lieu sont conservées.

Pas de tremblement appréciable des mains ni de la langue.

Mydriase et légère inégalité pupillaire.

Abolition des réflexes oculaires.

Réflexes rotuliens un peu vifs.

Cette malade n'a pas subi de traitement mercuriel. Au mois de mai M. le Dr Boudrie fit transférer cette malade à Dun-sur-Auron, avec le certificat suivant : « Affaiblissement intellectuel paraissant symptomatique de paralysie générale se maintenant en rémission depuis le milieu de l'année 1903. Depuis cette époque cette malade est absolument calme, docile, s'occupant régulièrement, mais restant incapable de se conduire au dehors, de gagner sa vie, d'autant qu'elle n'a personne pour s'occuper d'elle. »

Observation 8. — Due à l'obligeance de M. le Dr SAMUEL GARNIER, directeur de l'asile d'aliénés de Dijon.

Rémission ayant duré quatre ans.

Le nommé M..., François-Albert-Henri, né le 7 septembre 1865 à L-sur-Saône, entre à l'asile le 28 novembre 1900 par arrêté préfectoral visant le certificat médical suivant : « Je soussigné, Dr J..., certifie que le sieur M..., âgé de 35 ans, est atteint d'une affection mentale caractérisée par des accès de violence, des projets inconsidérés et irréalisables et que cet état nécessite, autant dans l'intérêt privé du malade et de son entourage que de l'ordre public, son placement dans un asile spécial. »

A son entrée le directeur-médecin délivre le certificat de vingt-quatre heures ci-après : « Est atteint de paralysie géné-

rale à forme expansive. Projets gigantesques, veut porter le capital de la banque de Bourgogne à 100 milliards qu'il se fait fort de lui fournir lui-même. Il a les insignes de la légion d'honneur. Idées de grandeur absurbes et contradictoires. Loquacité extrême, récite des monologues amusants, grotesques et lubriques. Désordonné dans sa tenue, saute des mots. Léger embarras de la parole. »

Signé : D^r GARNIER.

Certificat de quinzaine : « Atteint de paralysie générale progressive à forme expansive, est dans le même état, optimisme évident. Idées de grandeur et de satisfaction. Insouciance et inconscience manifestes. Signes physiques nets. Malpropre. A maintenir. »

D^r GARNIER.

Le 12 janvier. — S'évade de l'asile en emportant plusieurs canards de la basse-cour et deux robinets; il distribue les canards en ville à des balayeurs et jette les robinets; est ramené par la police.

Février à avri^r. — Rien à signaler, sauf qu'il n'est pas propre.

Avril à juin.—Engraisse, est calme, ne manifeste pas d'idées délirantes.

22 juillet. — Sort pour un mois à titre d'essai en vertu du certificat suivant : « Est dans un état mental suffisamment amélioré pour être confié à son père qui le réclame pendant un mois. »

D^r GARNIER.

Le 21 août. — Le père du malade transmet au directeur de l'asile une lettre datée du 19 août, émanant du tonnelier qui occupe son fils, dans laquelle il est attesté que M... travaille

régulièrement et sérieusement et qu'il n'y a pas lieu de lui adresser le moindre reproche; cette lettre est légalisée par le maire de la commune de L... qui appuie le témoignage relatif à la conduite régulière de son administré. Fort de ces deux attestations, M... père, écrit : « Monsieur le Directeur, vous m'avez dit que mon fils n'était pas guéri, cependant depuis qu'il est rentré il travaille de 5 heures du matin à 7 heures du soir, vous pouvez vous renseigner. » La sortie d'essai est alors convertie en sortie définitive.

M... peut ainsi continuer à s'occuper comme ouvrier tonnelier jusqu'à la fin de 1905, c'est-à-dire demeure calme et raisonnable pendant plus de quatre ans lorsqu'au commencement de décembre il redevient excité et bavard et on est obligé de prendre un nouvel arrêté de placement à l'asile où il arrive le 27 décembre 1905.

Le certificat de vingt-quatre heures du 30 décembre relate la situation actuelle en ces termes : « Le malade rentre dans l'état suivant : inégalité pupillaire, pupille gauche un peu dilatée, tremblement de la langue, embarras de la parole avec ànonnement. Excitation considérable, projets gigantesques, se vante de ses bonnes fortunes, il est capitaine de vaisseau et amiral, bachelier ès-lettres et ès-sciences, docteur en théologie et en mythologie, ne se rappelle pas son premier séjour dans l'établissement, il croit qu'il est en septembre 1895. La paralysie générale est évidente. A maintenir. »

Dr GARNIER.

NOTA. — *Ce malade n'a pas été soigné par le traitement mercuriel.*

Juin 1906. — M. le Dr S. Garnier a eu l'obligeance de nous donner l'état actuel du malade : calme à peu près complet.

Embonpoint notable. Non malpropre. Oisif. Embarras très marqué de la parole. Inégalité pupillaire. Dès qu'on lui parle manifeste des idées de grandeur, dit par exemple qu'il est amiral, marié à la fille d'un riche américain, a sauvé la vie à l'évêque de Dijon lorsqu'il était aumônier dans la flotte, a des médailles de sauvetage. En même temps se plaint qu'on l'a volé dans son village. Ne se rappelle pas être venu une première fois à l'asile, se fâche si on lui soutient le contraire.

Observation 9. — Due à l'obligeance de M. le D^r SAMUEL, GARNIER, directeur de l'asile de Dijon.

SOMMAIRE. — *Paralysie générale avec rémission de plus de six mois pendant lesquels le médecin reprend ses fonctions médicales. Réintégration, mort par congestion cérébrale quatre mois après son retour.*

Le nommé Eug. T., célibataire, né à V... le P.. âgé de 47 ans, docteur médecin à A..., entre à l'asile de Dijon le 8 février 1881 en vertu d'un arrêté préfectoral du 7 précédent visant procès-verbal d'enquête du maire de la localité constatant chez le malade un état d'aliénation de nature à compromettre dans sa situation de médecin la sécurité des personnes. Il est amené à l'asile à l'aide d'un subterfuge auquel il s'est laissé prendre à savoir qu'il était demandé à l'établissement pour procéder à une amputation de cuisse. Le directeur-médecin rédige à son sujet le certificat dit de vingt-quatre heures ci-après : « Paralysie générale à la deuxième période, embarras très marqué de la parole. Démarche titubante, faiblesse musculaire très considérable, au moral idées de satisfaction, passe sans transition de la joie la plus vive à la tristesse et aux

larmes, quelques idées de persécution, erreur complète de la personnalité. Aucune conscience de sa situation. »

Signé : TAGUET.

Le certificat de quinzaine est ainsi libellé : « Légère amélioration des troubles physiques, faiblesse musculaire moins considérable, embarras de la parole moins prononcé. Aucune amélioration sous le rapport moral. Idées persistantes de grandeur et de satisfaction. Veut se marier avec la fille du président de la République. Est en relation suivie avec de hauts personnages politiques dont il attend toujours la visite. Erreur complète de la personnalité. Aucune conscience de sa situation. »

TAGUET.

10 mars. — Écrit de tous côtés, à M. le sénateur M...d'abord, le priant d'user de son amitié avec le général Farre pour le faire élargir immédiatement par le télégraphe et s'offre à rembourser les frais. En même temps écrit à un de ses amis pour le prier de demander la main d'une veuve de sa localité.

Écrit à M. S. C... et à M. L... députés, pour se plaindre de sa séquestration : « qui est le fait d'un directeur indigne de servir la République française et qu'il se réserve d'attaquer devant le tribunal civil pour dommages et intérêts » et demander une interpellation à la Chambre.

15 mars. — Écrit à M. le Préfet de la Côte-d'Or pour demander sa sortie, disant qu'il est en contradiction formelle avec le directeur-médecin et lui réclame une enquête car en fait de folie : « J'ai passé tous mes examens (*sic*) de baccalauréat ès-lettres et ès-sciences avant 16 ans avec deux dispenses. »

« J'ai passé mes examens de doctorat et ma thèse en six mois. »

20 mars. — Écrit au colonel L... pour lui demander d'intervenir auprès de M. le Préfet et de lui rappeler sa conduite pendant la guerre comme médecin principal du 1^{er} août 1870 au 31 mars 1871.

Avril. — Se calme peu à peu.

17 mai. — Le certificat à fin de sortie suivant est envoyé à M. le Préfet : « M. le Dr T... est en rémission complète et peut être rendu à la liberté, cette rémission pouvant être d'une certaine durée. M. le Dr T... va passer une saison dans une station thermale avant de reprendre ses occupations. »

TAGUET.

Sort le 22 mai.

Le 23 mai. — Il adresse une lettre de G... dont j'extrais le passage suivant : « M. le Directeur... Je vous écris ces quelques mots pour vous remercier de vos bons soins... et je vous présente mes respects. »

Son retour à A... devenant impossible M. le D. T... vint se fixer à la fin de juillet 1881 à R.-sur-Aisne (Oise), et y demeure jusqu'à la fin de janvier 1882 exerçant pendant cette période ses fonctions médicales.

Revenu à A... au commencement de février afin de liquider sa situation pécuniaire, il est repris de nouveaux accidents, et, le 4 février il est de nouveau replacé à l'asile d'aliénés sur réquisition du maire.

Le 5. — Le directeur-médecin a rédigé le certificat de vingt-quatre heures ci-après : « Paralyse générale à une période déjà avancée, perte complète de la mémoire, hébétude, physionomie béate, incertitude des mouvements. Déjà traité, sorti en état de rémission dans le courant du mois de mai précédent. »

Signé : TAGUET.

Certificat de quinzaine. « Démence paralytique, ignore complètement pourquoi il a été amené à l'Asile. N'a jamais été malade, ne croit pas avoir exercé la médecine ailleurs qu'à A... Alors il est resté près de six mois dans l'Oise. Légère amélioration des symptômes physiques. »

Signé : TAGUET.

25 mars. — Embarras extrême de la parole. Absence de la mémoire.

11 juin 1882. — Décédé à 11 heures du soir par suite de congestion cérébrale.

Observation 10. — Due à l'obligeance de M. G. DROUET, interne au Mans, et rédigée d'après ses notes. — *Malade considérée comme paralytique générale. La marche de l'affection a présenté plusieurs temps d'arrêt. Sortie de l'asile pendant six mois.*

L. H..., née le 2 septembre 1866.

A l'entrée en 1901, voici les certificats : « Excès alcooliques, divague depuis une quinzaine de jours. Un de ses frères s'est suicidé. La malade annonce qu'elle va posséder plusieurs millions, qu'elle va épouser un roi, elle va donner à son enfant des chaussures d'or et d'argent. Est prise de crises d'agitation surtout la nuit, crie, chante, frappe les portes, casse les vitres, a menacé de se détruire. »

Dr H...

Et le certificat de vingt-quatre heures porte : « Paralysie générale avec affaiblissement des facultés intellectuelles et de la mémoire. Tremblement de la langue et des doigts ainsi que des muscles de la face. Pupilles égales, mais réagissent mal à la lumière. Idées de grandeur et de satisfaction. Embarras de la parole. »

Un mois après son entrée en février, la malade ne veut plus

manger, parce qu'elle n'a plus ni bouche ni gorge. Ne veut plus marcher parce qu'elle n'a plus de jambes. Les idées hypochondriaques s'accroissent, on nourrit la malade à la sonde. Elle refuse de répondre.

Le 23 février. — Dès qu'on touche un membre, ce membre se contracte en flexion, le poignet se fléchit sur l'avant-bras. Les membres inférieurs se fléchissent sur la cuisse quand on veut les étendre. Le pied est fortement étendu sur la jambe, la pointe regarde le sol. Réflexes rotuliens exagérés. Les muscles du cou se contractent également, les pupilles semblent égales. La malade est gâteuse. »

Cet état se maintient sans modifications sensibles jusqu'au 19 août, où nous trouvons cette note : « Tranquille, travaille, disparition de l'embarras de la parole. »

Le 13 septembre. — « A été un mois chez elle. Est revenue très contente, s'occupe de couture, est très calme. »

1^{er} octobre. — « Est sortie vendredi, est rentrée dimanche très calme, l'amélioration persiste. »

Certificat à fin de sortie le 30 janvier 1902 : « Amélioration très notable dans son état mental, peut retourner avec sa mère qui la réclame. »

La malade rentre à l'asile le 1^{er} août 1902. Les certificats sont ainsi conçus : « Jadis excès alcooliques (vin blanc et eau-de-vie), troubles cérébraux. A été enfermée à l'asile. Incohérence des idées. Déclare parfois qu'elle est très riche, qu'elle possède des millions. Crises nerveuses. Se jette sur les hommes. Se roule à terre, relève ses jupons, propos lubriques, veut se marier pour avoir un enfant. Elle doit recevoir 500 millions à la trésorerie. Embarras de la parole. »

Et voici le certificat de vingt-quatre heures : « Paralysie génée-

rale avec idées de grandeur. Tremblement de la langue et des doigts. Propos et penchants érotiques, frappe sa mère, etc. »

Les détails manquent sur la période que la malade a passée chez elle, mais il doit s'agir d'une rémission bien incomplète, car, pendant ce temps, la malade aurait eu trois attaques de paralysie, la première, deux mois après sa sortie, occasionna une paralysie du bras droit et un embarras de la parole ayant duré trois heures, un mois après la deuxième attaque, paralysie de la jambe gauche et embarras de la parole, enfin troisième attaque le 15 juillet.

Puis à l'asile le 25 août, on note deux attaques épileptiformes.

Du 26 août au 8 septembre. — La malade fut soumise à une série d'injections dont la nature n'est pas indiquée.

Le 26 novembre. — Elle accouche d'une fille.

Note du 12 février : Embonpoint. Rémission. Travaille et chante bien.

Puis le 12 avril, hallucination de l'ouïe.

25 mai. — Va mieux, a eu ses règles.

13 août. — Va mieux, travaille à la couture. Très irritable.

15 décembre. — L'état de rémission se maintient.

Nous retrouvons encore cette malade le 4 mai 1905, toujours très hypocondriaque.

Cette observation bien qu'incomplète nous a paru contenir des détails intéressants.

Observation 11. — *Résumée d'après les notes dues à l'obligeance de M. G. DROUET, interne à l'asile du Mans. — Rémission incomplète pendant six mois.*

Femme G..., née en 1865.

Entre le 27 mars 1904. Paralyse générale consécutive à des excès alcooliques avérés, idées de richesse extravagantes. Affaiblissement intellectuel considérable, projets multiples de nature ambitieuse, érotique. Embarras de la parole. Tremblement des mains et des muscles faciaux. Poids à l'arrivée: 68 kilogrammes.

En juillet 1904, rémission relative et incomplète.

Sort le 26 octobre. Pèse alors 82 kilogrammes.

La malade est de retour à l'Asile le 1^{er} février 1905, la maladie tend à reprendre son cours. La parole est devenue sensiblement plus embarrassée. Elle a peine à s'exprimer. Tremblement fibrillaire très accentué des muscles de la face. Inégalité pupillaire. Tremblement des mains. Idées de richesse et de grandeur.

Observation abrégée extraite de la thèse de BARUK.

Louis-Paul Gnes..., entre à Villejuif le 13 juin 1892 après avoir passé à Sainte-Anne.

Le certificat de M. Dagonet est ainsi conçu : « Paralyse générale, affaiblissement psychique, idées de richesse, inégalité pupillaire. »

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Enfant naturel. Père, 80 ans.

Mère morte à la Salpêtrière à 33 ans.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — A 40 ans. Architecte. Marié, pas d'enfants. Pas de syphilis ? Pas d'alcoolisme. Excès de travail.

Histoire de la maladie. — Malade depuis deux ans. Disait faire des affaires immenses. Ne payait pas ses emplettes. Se fait arrêter ainsi, condamné à deux mois de prison, puis reconnu aliéné.

A son entrée, délire ambitieux. Inégalité pupillaire, embarras de la parole.

Le 5 septembre prochain il y aura un déluge.

Son père est Dieu.

N'a pas eu d'ictus.

Au mois de janvier 1894, période de calme. Il a abandonné peu à peu toutes ses idées délirantes, la mémoire lui est revenue graduellement, la parole devenait plus aisée. G..., entré en un mot dans une période de rémission presque complète qui lui permettait de se mettre au travail.

G... nous raconte, que pendant son séjour à Sainte-Anne, son père lui avait causé une nuit dans sa cellule et lui avait dit qu'il y aurait un déluge le 5 septembre.

Il ne se rappelle pas l'avoir vu mais il a parfaitement entendu une voix qu'il a bien reconnue être celle de son père. Il sait bien aujourd'hui que le fait ne pouvait être possible mais il affirme qu'à l'époque il en avait la conviction la plus absolue. Il qualifie du reste, lui-même, le phénomène d'hallucination et croit qu'il a été provoqué par des potions qu'on lui faisait prendre à Sainte-Anne. G... n'a entendu cette voix qu'une fois mais elle était si nette et si impérative qu'il en gardera toujours le souvenir.

G... se rend bien compte qu'il a traversé une longue période délirante.

La rémission persistait encore plusieurs mois après mais le malade reste niais, sensible, mobile dans ses volontés.

L'embarras de la parole a presque complètement disparu sauf quelques hésitations dans les grandes conversations. La langue exécute encore des mouvements ataxiques et est animée de tremblement fibrillaire net. Pupilles égales, réagissent à la lumière et à l'accommodation.

Réflexes rotuliens et des poignets exagérés.

Observation 12. — Due à l'obligeance de M. le Dr VIGOU-ROUX.

D... Joseph, arrêté en décembre 1895 pour avoir soustrait un outil de menuiserie au bazar de l'hôtel-de-Ville. A l'infirmerie du dépôt, M. Legras diagnostique, paralysie générale, affaiblissement de la mémoire, propos incohérents, actes extravagants, dilatation de la pupille, accrocs de la parole. Syphilis.

Le 8 décembre à Sainte-Anne le Dr Magnan note l'affaiblissement intellectuel, l'inégalité pupillaire, les idées de satisfaction pas d'hésitation de la parole. Transféré à Vaucluse.

Le Dr Boudrie qui n'a pas porté le diagnostic de paralysie générale, à l'entrée le porte d'une façon très ferme en janvier 1900, en notant l'affaiblissement intellectuel des idées mélancoliques alternant avec des idées de satisfaction puérile et de l'inégalité pupillaire.

Il entre dans une période de rémission à partir du mois de mai 1900 et, le 18 juillet 1900, M. le Dr Vigouroux accorde un congé d'essai d'un mois.

A peine sorti sous l'influence probable d'excès de boissons il s'excite, se met tout nu dans sa boutique « pour avoir la liberté de ses mouvements » il veut étrangler sa femme et tente de le faire « parce qu'il le fallait pour la satisfaction de ses nerfs ».

Il est arrêté de nouveau, le Dr Legras confirme le diagnostic de paralysie générale (23 juillet). Le Dr Magnan pense à un début de paralysie générale (24 juillet). A Vaucluse le 4 août M. Vigouroux note une excitation très vive, de l'incohérence des propos (il veut partir voir sa mère à Lille en automobile ou en bicyclette ; il est tuberculeux et complètement inconscient de son état

Les pupilles sont inégales et dilatées, la gauche surtout ;

réflexes pupillaires nuls, réflexes rotuliens très exagérés. Parole nettement embarrassée.

Le diagnostic de paralysie générale ne parut pas douteux. Le 6 août, deux jours après son entrée un ictus apoplectiforme survint.

Depuis ce moment l'affaiblissement intellectuel et physique s'accrut progressivement jusqu'en décembre 1900. Bien que toujours turbulent, excité et manifestant des idées de satisfaction. D..., est alité et devient gâteux en novembre. Il reste alité dans un état cachectique avec diarrhée jusque dans le courant de janvier 1901. Le 21 janvier M. Vigouroux note qu'il va mieux qu'il reprend ses forces et engraisse. Pupille gauche plus grande. La droite réagit mieux à la lumière. Les deux accommodent à la distance. Réflexes rotuliens très exagérés. Tremblement de la langue manifeste.

En avril 1901, il s'occupe régulièrement à l'atelier des tailleurs, et l'état d'amélioration se maintenant, M. Vigouroux accorde la sortie tout en prévenant la femme du malade qu'une rechute est à craindre. Les signes physiques persistaient à la sortie.

En 1906, ce malade vient d'entrer à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. G. Ballet.

Observation 13. — Due à l'obligeance de M. le Dr VIGOUROUX.

B... Pilippe, courtier, 43 ans, entre à l'Asile le 3 août 1901.

Attitude bizarre, simulation possible. A son arrivée refus persistant d'alimentation. Gesticulation étrange, mutisme intermittent. Petitesse du poulx, sécheresse de la langue. Condamné à

deux ans de prison pour escroquerie ; nécessité d'une observation plus prolongée.

LEGRAS.

« Dépression mélancolique, refus d'aliment, mutisme, vient de la prison de Fresnes. »

DAGONET.

A ce moment le diagnostic de paralysie général n'était donc pas évident.

A l'entrée M. Vigouroux rédige ce certificat : « mélancolie avec anxiété, crainte d'empoisonnement et idées de grandeur, venant de Fresnes considéré comme pouvant être un simulateur. »

Et voici le certificat de quinzaine : « dépression mélancolique en voie d'amélioration, les idées de grandeur ont disparu. »

Ce malade avait été arrêté comme bonneteur. Aurait eu un chancre à la verge il y a dix ans. Il prenait l'apéritif mais n'aurait fait aucun excès de travail ni d'alcool. Pas d'antécédents héréditaires intéressants.

Depuis un mois pleurait, si on lui prescrivait du bromure disait que c'était pour le rendre fou. Incohérent depuis trois semaines. Se dit condamné pour un autre.

A l'examen il est triste jaunâtre ; les pupilles sont peut-être un peu inégales, les réflexes diminués, la langue est sèche, saburrale. Nombreux accroc de la parole. Réflexes rotuliens exagérés légèrement, crémastériens exagérés, plantaire exagéré à gauche, sensibilité générale diminuée sur la face externe de la jambe gauche. Dernières côtes très saillantes, premier bruit cardiaque prolongé, léger dédoublement du second. Le malade se croit fils d'un colonel, etc. ; on pense alors à un début de paralysie générale

Il sort le 28 septembre 1901.

Il retourne à l'asile de 3 octobre 1903.

Voici les certificats :

« Affaiblissement intellectuel et syphilis. Propos incohérents. Excitation par intervalles. Hallucinations probables. Inconscience de sa situation et de ses actes. Troubles de la parole. Croit qu'on veut attenter à ses jours et veut se défendre contre des ennemis imaginaires.

D^r LEGRAS.

« Paralyse générale, affaiblissement psychique, actes inconscients, embarras de la parole. »

D^r DAGONET.

« Paralyse générale, inconscience de sa situation. Embarras très marqué de la parole. Dépression. Inégalité pupillaire. Tremblement. »

D^r E. BLIN.

Les pupilles sont rétrécies, surtout à gauche. Réflexes faibles. Tremblement de la langue. Parole à peine compréhensible. Réflexes rotuliens exagérés. Réflexe plantaire en flexion ; crémastérien conservé. Tremblement des jambes. Répond difficilement aux questions.

Ce malade est resté un an à l'asile, la maladie a alors suivi une marche progressive.

Le 17 novembre 1904 on note : attaque avec mouvements épileptiformes.

Voici le résultat de l'autopsie, le 10 décembre 1904 :

A l'ouverture du crâne écoulement abondant de sérosité. Énorme œdème sous-pié-mérien au niveau de la région rolandique gauche.

Hémisphère gauche 460 grammes, droit 520 grammes.

L'hémisphère gauche s'étale sur la table. Pie-mère très adhérente surtout dans les lobes frontal, pariétal et temporal ; son arrachement détermine à ce niveau les érosions (petits ramollissements) caractéristique de l'encéphalite diffuse.

L'hémisphère droit se décortique très mal aussi, mais sur une étendue moins grande, adhérences évidentes dans la région frontale. Artères corticales et basilaires souples, pas athéromateuses.

Poumon gauche 670 grammes, droit 710, Congestion des bases ; cœur 380, athérome sur la base de la valvule mitrale et sur l'aorte au-dessus des valvules sigmoïdes. Foie très gras, vaso-paralytique à la coupe, laisse sourdre du sang. Poids 1970 grammes.

Trois calculs dans la vésicule biliaire.

Reins congestionnés, 350 grammes. Rate, 310 grammes.

Observation 13. — Prise dans le service de M. le Dr VIGOUROUX.

B..., Achille, cuisinier, 48 ans

Entre à l'asile en 1892 avec les certificats suivants: « paralysie générale avec idées prédominantes de satisfaction personnelle. Embarras de la parole. Légère inégalité pupillaire. »

Signé : BOUDRIE.

« Est atteint de démence paralytique. »

KÉRAVAL.

En 1894, le 1^{er} avril, on note : paralysie générale en rémission depuis plus d'un an.

B..., est envoyé à Ainay-le-Château ; il en est ramené le 19 octobre 1904. Voici les certificats :

« Débilité mentale avec perversions instinctives et idées confuses de persécution. Exhibitionnisme. »

D^r MAGNAN.

Et : « Paralyse générale en rémission. A sa première entrée, avril 1892, le diagnostic de paralyse générale fut porté par tous les médecins. Aujourd'hui il présente encore de l'embarras de la parole, de l'inégalité pupillaire, le signe d'Argyll Robertson et l'abolition des réflexes rotuliens. La mémoire paraît être assez bien conservée. Transféré à la colonie d'Ainay-le-Château le 13 mars 1903 il y est resté vingt et un mois. Réintégré pour exhibitionnisme. Nie avoir exhibé mais avoue avoir eu des relations avec une voisine. Conscience peu nette de sa situation. Légère euphorie. »

Signé VIGOUROUX.

A ce moment il n'y a pas de tremblement de la langue. Il y a des troubles de la parole. Pas de signe de Romberg. Le malade se reconnaît à l'asile, reconnaît les gens qu'il a connus, demande à travailler, légère euphorie qui fait penser plus à la débilité qu'à la démence.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires.

Était intelligent étant jeune.

A été vu par Charcot au début de sa maladie.

Nous avons vu ce malade le 20 juin 1906. Les notions de temps et de lieu sont conservées. Troubles de la parole marqués. Incapable de répéter les phrases d'épreuve. Léger tremblement de la parole.

Pupilles étroites. Réflexes paresseux à la lumière et à la distance. Réflexes rotuliens abolis. Nie la syphilis et l'alcool.

Observation 14. — Provenant du service de M. le Dr VIGOUROUX. Prise en collaboration avec M. DELMAS, interne du service.

M. J. B..., garçon de magasin, né en 1859, entre à Vaucluse le 23 septembre 1901 avec le certificat suivant de M. Dagonet : « atteint d'affaiblissement des facultés, indifférence, idées de satisfaction et de richesse, hésitations de la parole, habitudes alcooliques. »

Examen à l'entrée : pupilles dilatées surtout la droite, réflexes à peu près abolis. Langue normale. Parole légèrement embarrassée. Réflexes rotuliens exagérés. Euphorie à 500.000, n'a jamais été malade. Rien de particulier dans le reste de l'examen.

Le 19 octobre. — Escharre au début.

Le 15 avril 1902. — Le malade est en rémission, il travaille régulièrement, les pupilles réagissent. Les réflexes rotuliens restent exagérés.

24 juillet. — A chaque mois une crise d'excitation de quelques heures.

Le 9 septembre 1903. — Explique les idées de grandeur qu'il avait à son entrée par l'état d'inanition où il était. Est très loquace. Parle des médecins qu'il a connus dans les hôpitaux. Pupilles égales et réagissant parfaitement. Réflexes patellaires légèrement exagérés, léger embarras de la parole.

En 1903, il s'évade; à ce moment M. le Dr Vigouroux rédige le certificat suivant : est dans une période de rémission depuis plusieurs mois, le délire et l'agitation qu'il présentait à son entrée avaient disparu et seul persistait l'affaiblissement intellectuel accompagné d'euphorie.

Il est incapable de vivre seul en liberté et de subvenir à ses besoins, mais il n'est pas dangereux, etc.

Le 26 mai 1906. — On note : toujours euphorique, légèrement

excité, loquacité intarissable avec mémoire conservée. Pas d'embarras de la parole.

Nous avons vu ce malade le 20 juin, il avait un léger tremblement de la langue. Les pupilles sont égales, les réflexes conservés. Pas de trouble de la parole quand il parle, très légère hésitation dans les mots d'épreuve. Réflexes rotuliens un peu vifs. Bienveillant, satisfait, actif, loquace. Mémoire conservée.

Ce malade qui en 1901 disait des paroles incohérentes et était au lit pour eschares est donc très amélioré.

Ajoutons qu'il est alcoolique, fils d'alcoolique et frère de tuberculeux.

CONCLUSIONS

I. — Il est fréquent d'observer, dans la paralysie générale, des temps d'arrêt dans l'évolution, des irrégularités dans la marche.

II. — Plus rarement se produisent de véritables rémissions constituées non seulement par la disparition des complications (rémissions par contraste), mais encore par une marche régressive de l'affection.

III. — Ces rémissions peuvent se produire lorsque le fonctionnement des organes permet l'élimination des agents toxiques qui ont causé la paralysie générale.

IV. — Ces rémissions rarement complètes durent souvent quelques mois, parfois quelques années.

V. — Au point de vue médico-légal un paralytique général en rémission doit encore être considéré comme

un malade irresponsable à moins que l'acte commis ne soit parfaitement coordonné et raisonnable.

VI. — Le médecin doit placer les paralytiques généraux dans des conditions telles qu'ils soient à l'abri des causes d'intoxication exogènes et endogènes. Il y arrivera par l'hygiène, le régime, le repos.

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu : le Président de la thèse,
JOFFROY

Vu et permis d'imprimer :
le Vice-recteur de l'Académie
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- André.** — Précis clinique des maladies du système nerveux.
- Aubery.** — La paralysie générale affection syphilitique vraie. Th. Lyon, 1902.
- Arnaud.** — Recherches cliniques sur la paralysie générale chez l'homme, 1888.
- Des limites de la paralysie générale. *Congrès de Toulouse*, 1902.
- Alzheimer.** — Paralysies générales atypiques. *Psych. Woch.*, 23 nov. 1901.
- Antheaume.** — Modifications de la réflectivité. *Archives für Psychiatrie*, 1903.
- Alaize.** — Th. Montpellier 1906. La médication ovarienne.
- Baruk.** — Les hallucinations dans la paralysie générale. Th. Paris, 1894.
- Balland.** — Des rémissions dans la paralysie générale des aliénés. Th. Strasbourg, 1868.
- B onnat.** — La mort des paralytiques généraux, Th. Paris, 1900.
- Baillarger.** — Des rémittences prolongées de la paralysie générale établies au point de vue médico-légal. *Union medic.*, 1855.
- Sur la théorie de la paralysie générale. *Ann. méd. ps.*, 1883.
- *Annales méd. psych.*, mai 1876, juillet 1877, mai 1879,

- Brunet.** — Des cas de longue durée de la paralysie générale.
Ann. méd. ps., 1904.
- Baume.** — Th. Paris 1854. De la guérison des maladies mentales.
- Brissaud et Monod.** — Paralysie générale à évolution anormale. *Revue neur.* 1901.
- Brouardel.** — Le mariage, page 89.
- Brouardel et Gilbert.** — Traité de médecine.
- Billod.** — Recherches sur la paralysie générale des aliénés.
Ann. méd. ps. 1850.
- Coulon.** — Nature de la paralysie générale. Th. Paris, 1896.
- Cl. Bernard.** — Discours de réception à l'Académie.
- Chagnon.** — Union médicale du Canada, 1^{er} juin 1905.
- L. P. Calmeil.** — De la paralysie générale considérée chez les aliénés, 1826.
- Creté.** — Th. Paris, 1899.
- Chantemille.** — Th. Paris, 1899-1900.
- Christian.** — Syphilis et paralysie générale. *Progrès médical*, 29 avril 1905.
- Recherches sur l'étiologie de la paralysie générale chez l'homme. *Arch. de neur.*, septembre 1887, n° 14.
- Charcot-Bouchard-Brissaud.** — Traité de médecine.
- Castriolis.** — De l'influence du traumatisme et des maladies incidentes dans la paralysie générale et la folie (Th. Montpellier).
- Dedoff.** — *Revue russe de psychiatrie*, 1905. Statistique sur 900 cas de paralysies générales.
- Devay.** — Congrès de Grenoble, 1902.
- Dontrebente.** — Un cas de paralysie générale à longue durée
Ann. méd. ps., 25 mai 1903.
- Recherches sur la paralysie générale progressive. Th. Paris, 1870.
- Des différentes espèces de rémission qui surviennent dans le cours de la paralysie générale. *Ann. méd. ps.* 1878, 5^e série, 1900.
- *Ann. méd. ps.*, 1880.

- Dupré.** — In *Traité de pathologie mentale* de G. Ballet.
- Dand.** — *New-York psych. Society.*
- Ducoeurjoly.** — Th. Paris, 1905.
- Delmas.** — Th. Bordeaux, 1895.
- Eloy.** — La méthode de Brow Séquard.
- Ecart.** — Th. Paris, 1896. Quelques observations de paralysie générale à longue durée.
- Falret.** — Th. 1853. Recherche sur la folie paralytique et les diverses paralysies générales.
- Faure.** — Des rémittences de la paralysie générale. Th. Paris 1864.
- Féré.** — In *Traité pathologie générale* de Bouchard, t. VI.
- M. De Fleury.** — Manuel pour l'étude des maladies du système nerveux.
- Fournier.** — De la valeur séméiologique du tremblement de la langue, Th. Paris 1895.
- A. Foville.** — Contribution à l'étude médico-légale de la paralysie générale. *Annales d'hygiène et de médecine légale*, 2^e série, t. 47, 1877.
- Foville.** — Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.
- Grasset.** — *Traité pratique des maladies du système nerveux.*
- G. Greene.** — The prognosis of dementia paralytica *journal of mental science*, avril 1906.
- Gauppe.** — Congrès des neurologistes et des psychiatres de l'Allemagne du sud-ouest, 1903.
- Guillemin.** — Contribution à l'étude de la rémission de paralysie générale. *Annales médicales psychologiques*, novembre-décembre 1891.
- Girma.** — Les hallucinations dans la paralysie générale. Th. Paris, 1881.
- Hyslop.** — Cité par Régis.
- Hallopeau.** — Académie de médecine, 14 mars 1905.
- Huet.** — In Manuel Debove et Achard.
- Ingegnieros.** — Classification clinique des syndromes de la paralysie générale. *Revue neurologique*, décembre 1902.

- Joffroy.** — Leçons de Sainte-Anne.
— Académie de médecine, 7 mars 1905.
— *Journal des praticiens*, 1899. Syphilis et paralysie générale.
— *Société médicale des hôpitaux*, 10 janvier 1896.
— Folie secondaire chez une dégénérée. *Bull. méd.*, 1894.
— Anatomie et physiologie pathologique de la paralysie général. *Bull. méd.*, 1894.
- Klippel** — Les paralysies générales progressives, 1898.
— Pseudo-paralysie générale arthritique. *Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie*.
— Paralysie générale tuberculeuse. *Revue neurologique*, 1905.
— *Congrès de Bruxelles*, 1903. Histologie de la paralysie générale.
- Kowalewsky.** — Rectif. histor. de l'étude des rapports entre la paralysie générale et le syphilis.
- Kraft-Ebing.** — Méd. légale des aliénés. Trad. Remond.
— Traité clinique de psychiatrie.
— Die progressive ally. Paralyse.
- Lannois** (de Lyon). — Congrès français de médecine, 1904.
- Larroque.** — Th. Paris, 1886 (1).
- Lasègue.** — Th. agrég., 1853. De la paralysie générale progressive.
— Étude méd., t. I. p. 812. Sur la paralysie générale. Landenheimer cité par Régis.
- Lemoine.** — Résultats du traitement mercuriel intensif. *Congrès de Toulouse*, 1902.
— *Revue de neurologie*, 30 juillet 1902.
- Lewis Allen.** — Medical news, 20 août 1904.
- Leredde.** — *Semaine médicale*, 23 avril 1902.
- Leynia de la Jarrige.** — Forme insidieuse de la paralysie générale des aliénés. Th. Paris, 1874.
- Lutaud.** — Manuel de médecine légale.
- Lionet.** — Thèse Paris, 1878.

- Lustiges.** — Deux observ. de paralysie générale suivies pendant 20 ans. *Allz. Leitschrift für Psychiatrie*, 4 juin 1900.
- Mac Hardyn.** — *British. medical journal*, 28 janv. 1905.
- Margain.** — Des améliorations dans la paralysie générale. *Progrès méd.* 8 juillet, 1905.
- Magnan et Sérieux.** — La paralysie générale.
- Marie.** — *Ann. med. psych.*, janvier 1901.
- Marie et Viollet.** — Suppuration et rémission dans la paralysie générale. *Société méd. psych.*, 29 mai 1905.
- Marchand.** — Paralysie générale et syphilis. *Presse med.*, 8 avril 1905.
- *Ann. méd. psych.*, 8^e série, t. XVII.
- Mairet et Vires.** — De la paralysie générale, 1898.
- Mariani.** — Contrib. à l'étude de l'hérédité chez les paralytiques généraux. Th., 1899.
- Marandon de Montyel.** — De la marche de la paralysie générale chez les héréditaires. *Ann. méd. ps.*, 1878. 5^e série, 20.
- Contrib. à l'étude de la paralysie générale progressive ou pseudo-paralysie générale. *Gaz. hebdomadaire*, 1897, n° 97.
- Marteret.** — Thèse, 1888.
- Milian.** — Le liquide céphalo rachidien.
- Martial.** — L'étiologie de la paralysie générale. *Revue de médecine*, 10 septembre 1905.
- Obregia et Antonin.** — Spsitalul, 15 février 1906.
- Pisani.** — Contrib. à la possibilité de la paralysie générale précoce. *Giornale internaz. delle scienze med.*, décembre 1900.
- Pascal.** — Th. Paris, 1905. Formes atypiques la paralysie générale.
- Rieu.** — Des hall. psycho-motrices dans la paralysie générale, Th. Paris, 1906.
- Régis.** — Précis de psychiatrie.
- Rey.** — Rémission de paralysie générale. *Ann. med. ps.* 1883.

1. Cette thèse, étude très complète des rémissions dans la paralysie générale, contient en particulier une longue bibliographie.

- A. Ritti.** — *Gaz. heb. med. chir.* 1888.
- Rogues de Fursac.** — Manuel de psychiatrie.
- Robin.** — Traitement de la paralysie générale. *Bull. ther.*, 23 avril 1901.
- Robertson.** — Pathogénie de la paralysie générale, *J. off. mental science*, avril 1906.
- Roubinovitch.** — Manuel de thérapeutique de Debowe et Achard.
- Rodolfo Stanziale.** — *Annali di neurologia*, 1904.
- Schils.** — Th. Paris, 1879. Étude sur les rémissions dans la paralysie générale.
- Sardain.** — Th. Paris. 1903-1904. La durée de la paralysie générale.
- Sandras.** — Traité pratique des mal. nerv. 1851.
- Sérieux et Farnarier.** — Paralysie générale et syphilis. *Bull. Soc. méd. des hôpitaux*, 2 nov. 1899.
- Serge Soukhanoff et Pierre Ganouchkine.** — *Arch. neurol.* septembre 1902.
- Schule.** — *Jahrbücher für Psych. und neur.*, 1902.
- Sukhanoff.** — *Revue neurol.* 1905.
- Thomson.** — *Congrès de neurologie*, Bruxelles, 1897.
- Eug. Thierry.** — Infl. de la suppuration sur la marche de la folie paralytique, Th. Paris.
- Thiry.** — De la paralysie générale progressive dans le jeune âge. Th. Nancy, 1898.
- Vallon.** — Thèse, 1882. De la paralysie générale et du traumatisme.
- Vallon.** — Pseudo-paralysie générale saturnine et alcoolique.
- Verdeaux.** — Th. Paris, 1905. Contrib. à l'étude du traitement mercuriel intensif dans la paralysie générale.
- Viollet.** — Thèse, 1905.
- Vibert.** — Précis de méd. légale.
- Vrain.** — Thèse, 1887.
- Voisin.** — Traité de la paralysie générale des aliénés.
- Whitemore Steele.** — The remissions of gl. paralysis, *Med. record.*, décembre, 1895.
- Wickel.** — *Centrall. für Nervenheilk.* sept. 1905.
- Weygandt Roubinovitch.** — Atlas manuel de psychiatrie.

TABLE DES MATIÈRES.

	Pages
Avant-propos.	7
I. — EXPOSÉ DU SUJET.	9
II. — HISTORIQUE.	12
III. — QU'EST-CE QUE LA PARALYSIE GÉNÉRALE (<i>Étiologie</i>)	18
IV. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PHYSIOLOGIE. . .	25
V. — DIAGNOSTIC	30
VI. — DE L'EXISTENCE DES RÉMISSIONS.	36
VII. — DANS QUELLES VARIÉTÉS DE PARALYSIE GÉNÉRALE SE PRODUISENT LES RÉMISSIONS ?	39
VIII. — PÉRIODE A LAQUELLE SURVIENNENT LES RÉMIS- SIONS	46
IX. — DURÉE DES RÉMISSIONS.	50
X. — SYMPTÔMES QUI DISPARAISSENT.	54
XI. — MÉDECINE LÉGALE.	58
XII. — CAUSES DE RÉMISSIONS (<i>Traitement</i>). . . .	64
XIII. — ÉTUDE CLINIQUE (<i>Observations</i>)	76
XIV. — <i>Conclusions</i>	103
XV. — Bibliographie	105

